

ANÁIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo
SANATORIO SÃO LUCAS
Instituição para o progresso da Cirurgia

Dirutor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOL. LX

São Paulo, Julho de 1950

N.º 1

Sumário:

	Pág.
Câncer rectosigmoide — Dr. JUAN CARLOS GUERRINI	11
Câncer do coto gástrico — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.....	33
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Neuro-psiquiatria.....	45
Higiene e Medicina Tropical.....	46
Pediatria.....	47
Cirurgia.....	48
Patologia.....	49
Oto-rino-laringologia.....	50
Medicina.....	53
Sociedade Paulista de Leprologia.....	54
Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição.....	62
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia.....	64
Instituto Biológico.....	64
Outras sociedades.....	65
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números.....	66
Vida Médica de São Paulo:	
Colégio Internacional de Cirurgiões.....	70
União Brasileira contra o Câncer.....	72
Escola Paulista de Medicina.....	73
Neurologia — PROF. ANTÔNIO CARENTE.....	73
Congressos Médicos:	
Congresso Pan-americano de Oftalmologia.....	74
II Jornada Brasileira de Gastroenterologia.....	76
IX Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia.....	76
Assuntos de Atualidade:	
A litíase residual do cólido-co... Oração do médico.....	77
Literatura Médica:	
Livros recebidos.....	78
Separatas e folhetos recebidos.....	80



"Torres.."

CORTOBION

AMPOLAS OU GOTAS

Suprarrenal + Vita-
mina C + Cisteína

CORTOBION QUININA

AMPOLAS OU DRAGEAS

Suprarrenal + Vita-
mina C + Cisteína
+ Quinina

embramose

ANAIS PAULISTAS
DE
MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica fundada em agosto de 1913 sob a direção dos profs.:

ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO,
DIOGO DE FARIA E VITAL BRAZIL

Editada mensalmente pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
Instituição para o progresso da Cirurgia

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOL. LX
JULHO A DEZEMBRO DE 1950

São Paulo Editora S/A. imprimiu
1950

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANUNCIOS

C A P A :	Cr\$
2.ª pagina da capa (12 x 19 cm.) por vez	800,00
3.ª pagina da capa (12 x 19 cm.) por vez	700,00
4.ª pagina da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.000,00
T E X T O :	
1 pagina (12 x 19 cm.) por vez	800,00
½ pagina (9 x 12 cm.) por vez	420,00
¼ pagina (9 x 5,5 cm.) por vez	220,00
Encarte por vez	800,00
Pagina fixa	20% de aumento.

Anti-tóxico, anti-necrótico, anti-infeccioso

ACROSIN

Climax

AUTO E HETERO-INTOXICAÇÕES
TOXEMIAS DAS DOENÇAS INFECCIOSAS
ENFERMIDADES HEPÁTICAS
ESTADOS ALÉRGICOS
PRÉ E POST-OPERATÓRIOS
VEÍCULO DOS ARSENOBENZÓIS
USO INTRAMUSCULAR OU ENDOVENOSO

RECALCIFICACÃO
DO ORGANISMO

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURAS, ANEMIA
ESCROFULOSE

Fabricada no Brasil com fórmula especial e sob o controle da
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris

Unico distribuidor para todo o Brasil

SOCIEDADE ENILA LTDA.

Rua Riachuelo, 242 — Rio

Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo.

AMAMENTAÇÃO
CRESCIMENTO
GRAVIDEZ

VIKASALIL

EM DRÁGEAS ENTERICAS

Anti-Reumatico — Analgésico

Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido

EFEITO MAIS RAPIDO.
QUALQUER TIPO DE DÔR.

Fórmula :

Salicilato de Sódio . 0,50
Piramido 0,10
Vitamina K 0,001
Bicarb. de Sódio . . 0,03

LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 3-7579 — São Paulo



anestesia geral

BALSOFORME
ÉTER RHODIA
KELENE GERAL

anestesia local

KELENE LOCAL
SCUROCAINE
STOVAINÉ

ANESTÉSICOS PERFEITOS PARA ANESTESIAS PERFEITAS

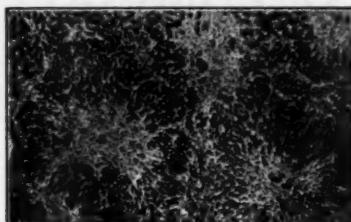


★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA — CAIXA POSTAL 95-B — SÃO PAULO ★
E. 43-345

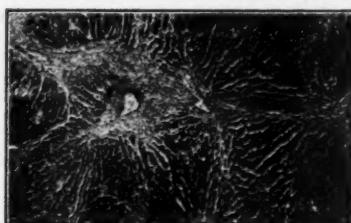
PANAM — Casa de Amigos

METIOPOLIN

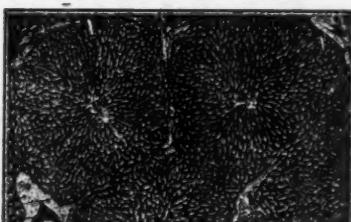
condensa os 5 itens fundamentais da moderna terapêutica das Hepatopatias Difusas:



Hepatite grave (necrose centrolobular, esfáculo celular).



Regeneração mais intensa (lóbulos de neoformação, hiperplasia epitelial).



Fígado normal, finalmente; é a sequência anátomo-clínica do emprego do METIOPOLIN.

- 1 — A metionina é metabolito fundamental para a constituição normal da célula hepática, graças ao radical metila e ao enxofre que contem.
- 2 — O mesmo acontece com a colina.
- 3 — Metionina e colina corrigem o fígado gorduroso das dietas carentes em proteína, o fígado tóxico do clorofórmio, do tetracloreto de carbono, dos arsenicais e tóxicos diversos.
- 4 — Metionina, colina e inositol constituem os chamados *agentes lipotróficos* conhecidos.
- 5 — Estão associados em METIOPOLIN.

INDICAÇÕES:

- a) Hepatites, hepatoses difusas. Hepatite crônica difusa (cirrose hepática).
- b) Estados de carência, alcoolismo, entero-colites graves, pelagra, avitaminoses.
- c) Infecções biliares. Colangites. Infecções e intoxicações.
- d) Hepatopatia das queimaduras.
- e) Veículo dos arsenobenzois e arsenicados; na proteção da anestesia pelos gases.
- f) Como anti-tóxico geral.

COMPOSIÇÃO:

Ampolas de 2 cm³ (intramuscular)
d. 1. Metionina 0,08 g
Colina, cloreto 0,10 g
Inositol 0,06 g
Água bidistilada 2 cm³

Ampolas de 5 cm³ (intramuscular)
d. 1. Metionina 0,20 g
Colina, cloreto 0,05 g
Inositol 0,10 g
Água bidistilada 5 cm³

Ampolas de 20 cm³ (oral e endovenoso)
d. 1. Metionina 1,00 g
Inositol 0,10 g
Colina, cloreto de 0,05 g
Água bidistilada q. s. p. 20,00 cm³

Comprimidos
d. 1. Metionina 0,40 g
Inositol 0,10 g
Colina, cloreto de ... com (5H2O) 0,05 g
Excipiente q. s. p. 0,90 g

PRAVÁZ, LABORATÓRIOS S. A.

RUA JANDAIA, 20 e 30 — CAIXA POSTAL, 2381 — SÃO PAULO — BRASIL
FILIAL NO RIO DE JANEIRO: AV. GOMES FREIRE, 47-49 — FONE, 22-4521

“ EM BELO HORIZONTE: AV. CARANDAI, 866

Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

Medico radiologista

Radiodiagnóstico e Radioterapia

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar

Telefone, 4-0655

(EDIFÍCIO PASTEUR)

Residencia:

Rua Tupi, 593

Telefone, 51-4941

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS
INTESTINAL PELO DERIVADO
FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B1)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

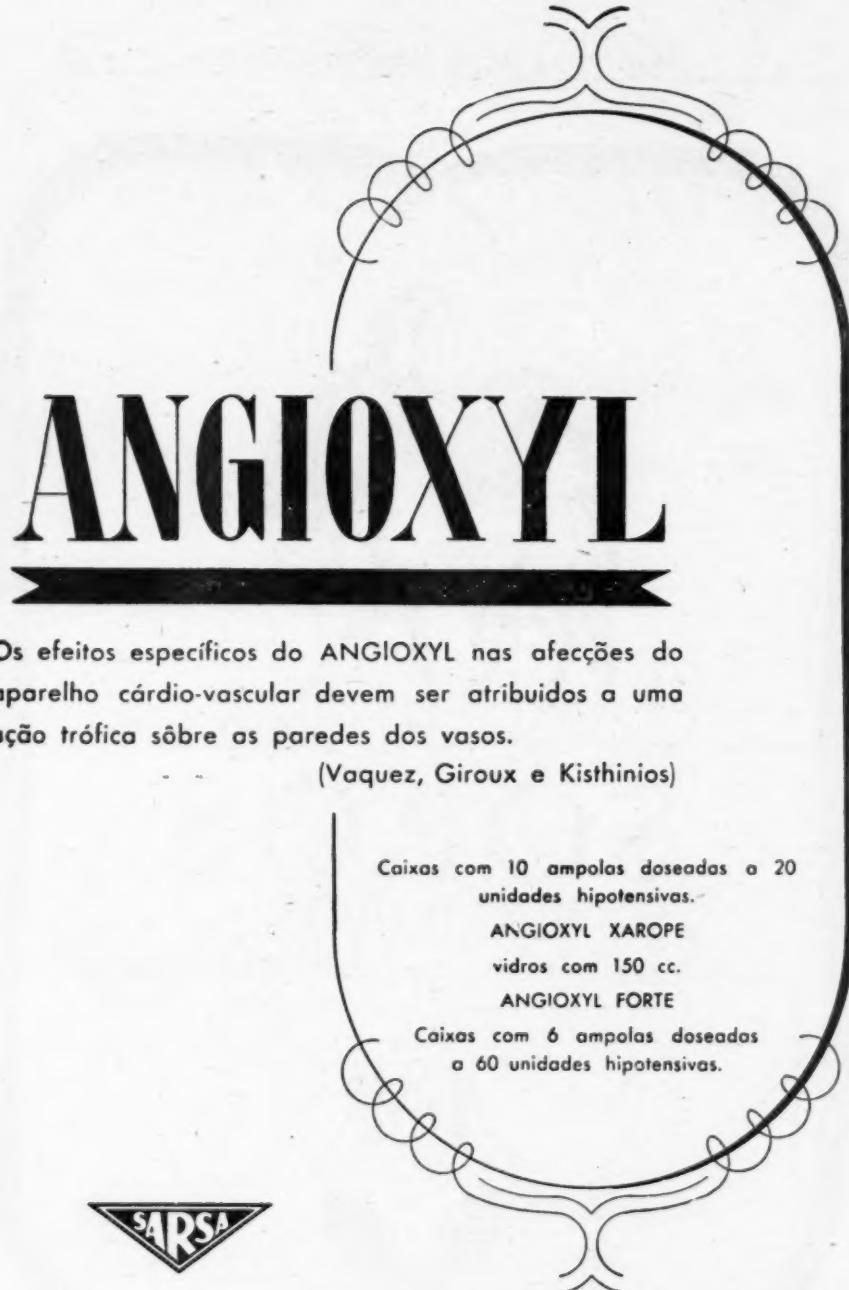
São Paulo



SOROS PINHEIROS

Anti Tetânicos · Anti Diftéricos · Anti Ofídicos





ANGIOXYL

Os efeitos específicos do ANGIOXYL nas afecções do aparelho cardio-vascular devem ser atribuidos a uma ação trófica sobre as paredes dos vasos.

(Vaquez, Giroux e Kisthinius)

Caixas com 10 ampolas doseadas a 20 unidades hipotensivas.

ANGIOXYL XAROPE

vidros com 150 cc.

ANGIOXYL FORTE

Caixas com 6 ampolas doseadas a 60 unidades hipotensivas.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

Associação estavel e assimilavel de ferro coloidal, cacodilatos alcalinos quimicamente puros e sulfato da estricnina em meio isotônico especial.

HÉMO CYTO-CORBIÈRE

ANEMIAS
POST-INFECIOSAS

ANEMIA
POST-HEMORRÁGICA
CONVALESCÊNCIAS

EMAGRECIMENTO
ADENOPATIAS

FRAQUEZA
PALUDISMO CRÔNICO

Injeções indolores, todos os dias ou todos os dois dias.
Caixas de 12 ampólas de 5 cm³ para adultos e de 2 cm³ para crianças.



Fabricado no Brasil com licença especial dos LABORATOIRES CORBIÈRE. PARIS.
SOCIEDADE ENILA LTDA. Caixa 484. Rio. Única distribuidora para todo o Brasil

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

“Eficiente quimioterapia tópica”, anti-infecciosa pela prolongada concentração salivar da Sulfadiazina



Efeito
hemostático
pela
Sulfadiazina.

Tratamento local direto das feridas septicas da garganta e da boca, das amigdalites e faringites agudas, gengivites e estomatites infecciosas.



LABORATÓRIO YATRO PAN LTDA.

Seção de Propaganda:

PARQUE D. PEDRO II, 870-876 — TEL. 3-5916
(Rêde interna) — São Paulo

Direção científica: Farm. FAUSTO SPINA

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 3-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Número avulso . . . Cr \$ 10,00

VOL. LX

JULHO DE 1950

N.º 1

Cancer rectosigmoideo *

Dr. Juan Carlos Guzzetti

Chefe de Serviço da Clínica Albanese de Buenos Aires

Se oye a diario hablar con gran escepticismo de la incurabilidad del cancer, sobre todo si está localizado en órganos profundos. No existe médico ni persona medianamente culta qué, ante un bultito notado en una de sus mamas al hacer su higiene diaria o ante la sospecha por pérdida de sangre por sus genitales de una lesión maligna de matriz, no acuda inmediatamente al cirujano y, en cambio si se trata de un carcinoma de órganos profundos especialmente del aparato digestivo, desde el primer momento se acoge con un espíritu fatalista y se abandona a su propia evolución, enviándose al cirujano para que le haga una operación paliativa, con objeto de salvar una situación aguda de estenosis. Gran parte de estos enfermos se dejan morir estóicamente o a lo más en cualquier hospital o clínica de urgencia se les hace un año contra natura y se les manda a terminar sus días en casa.

Esta actitud representa el espíritu que hace 20 años aún existía en Norteamérica, cuando Jones decía "No sólo los médicos, sino sobre todo la mayor parte de los cirujanos, no tienen fe ni seguridad en los resultados de la cirugía, hasta tal punto qué, según me escriben médicos aventajados, se van volviendo escépticos en la práctica, ya que envían en fases operables enfermos a cirujanos y estos se limitan a efectuar una derivación, un año contra natura".

Gracias a los esfuerzos de los cirujanos podemos afirmar que el cancer de intestino grueso, no solo es curable, sino que de todos los cánceres es el más agradecido a las intervenciones ra-

* Colaboração direta para "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia".

dicales; la mortalidad postoperatoria se ha reducido a un 10% y con las técnicas modernas, en todos los canceres de colon y en un gran número de canceres altos de recto, se consigue la evacuación normal, sin las molestias desagradables del ano contra natura. Efectivamente, estudiando las grandes estadísticas, únicas fuentes de las que se puede sacar conclusiones, hay una supervivencia de más de 5 años en casi la mitad de los operados radicalmente, cifra superior a las del cancer de mama y el de útero, que no sobrepasan el 40%, a pesar de que nadie duda en enviarlos rápidamente al cirujano.

Contrariamente a lo que suele creer la generalidad de los médicos no se precisan muchos sufrimientos ni grandes trastornos locales y generales para estar afectado del cancer rectal. En sus comienzos y durante largo tiempo, la neoplasia maligna del recto puede evolucionar de una manera sorda y silenciosa hasta el extremo de no acusar el enfermo el menor rastro de síntoma rectal. Todos hemos tenido ocasión de descubrir neoplasias rectales inoperables con escasos, discretísimos síntomas locales.

El cancer del recto no tiene la virulencia de las demás neoplasias malignas del aparato digestivo; su benignidad derivada de la gran tolerancia y evolución, hace que el estado general de estos enfermos se mantenga íntegro durante muchísimo tiempo, sin presentar los trastornos generales secundarios (anemia, anorexia, caquexia) hasta muy tarde y en pleno periodo final de la enfermedad cancerosa. No debe sorprendernos pues, que con un aspecto sanísimo y un estado general florido se pueda ser portador de un cancer rectal. Para poderlo descubrir es necesario pensar mucho en él. En la práctica médica ocurre todo lo contrario.

Síntomas de comienzo:

EXPULSION DE SANGRE POR EL ANO: Signo clínico de gran valor. Existe en el 95% de los casos. No queremos referirnos a las pérdidas hemáticas más o menos abundantes que mezcladas con las materias fecales presentan los enfermos cancerosos rectales en períodos avanzados. Queremos llamar la atención sobre aquéllas pequeñas pérdidas de sangre por el ano que, simulando unas hemorroides, son la primera manifestación clínica de una localización cancerosa rectal. El roce producido por el paso del cilindro fecal sobre la superficie de la neoplasia puede producir fácilmente o accidentalmente ligeros traumatismos o heridas insignificantes acompañadas de pequeñas o medianas pérdidas hemáticas, que al igual que en las hemorroides, serán expulsadas después de defecar, regando, por así decirlo, las heces. En clínica se acepta que constipación más sangre, regando las heces, es igual a hemorroides. Pero si bien dicha fórmula es verdad en muchos casos, no menos cierto también, que constipación más sangre que riega

la deposiciòn, es mucha veces igual a hemorroides mès cancer del recto.

Influido el mèdico por el largo tiempo en que las hemorroides dominaron completamente la patologìa rectal, se achaca muy tranquilamente a las hemorroides toda pérvida de sangre por el ano y continuamente se cometan errores diagnòsticos debidos de modo exclusivo a esta tan rancia como nociva influencia. Esta concepcion clínica constituye el obstáculo mayor indiscutiblemente, para llegar precozmente al diagnòstico del cancer del recto.

En sintese y en cumplimiento de la ley fundamental de proctologia clínica, jamàs, bajo ningún pretexto ni excusa alguna dejaremos de explorar el recto a todo enfermo què, de cualquier forma y en la cantidad que es, expulse o haya expulsado sangre por el ano. Serà un cancer de recto hasta que no se demuestre lo contrario.

ESTREÑIMIENTO: Con gran frecuencia acompaña a la neoplasia rectal en los primeros tiempos de su evoluciòn. Todo estreñimiento pertináz que aparezca bruscamente en enfermos que siempre habían evacuado normalmente debe ponernos sobre aviso. También debe infundirnos sopechas de la exageraciòn o agudizaciòn brusca de la constipaciòn en individuos habitualmente estreñidos. Son enfermos crònicamente constipados que acuden a la consulta para que pongamos en orden su intestino, ya que desde hace un tiempo los medios o recursos que habitualmente usaban para corregirla, no surten los efectos deseados. En estos casos el mèdico no debe darse por satisfecho de acuerdo con el diagnòstico ,aconsejando un tratamiento dietético-medicamentoso sin haber practicado antes una buena exploraciòn rectal. No pretendemos que todos los enfermos estreñido sean portadores de un cancer de recto pero sì pensamos en él; descubriremos mès a tiempo la neoplasia rectal explorando a todos los enfermos constipados, mèxime si son de edad avanzada y alguna que otra vez hubieran expulsado sangre por el ano.

DIARREA: Por trastornos intestinales de tipo diarreico, puede manifestarse clínicamente el cancer de recto. Deposiciones escasas y frecuentes, líquidas o pastosas, acompañadas de moco en mès o menos cantidad, teñido algunas veces con sangre, simula perfectamente una enteritis ,rectitis o una rectocolitis que por otra parte siempre acompaña al cancer por la infecciòn sobreagregada que invade la mucosa. Muchas veces una rectocolitis puede iniciar la sintomatología. Todo sindrome diarreico de apariciòn inopinada debe considerarse siempre como sospechoso; por lo tan o obliga a una exploraciòn rectal maxime, si el sindrome se acompaña de sangre, no interesa la cantidad y el enfermo es de edad. Procediendo asi en muchos enfermos etiquetados de colitis o enterocolitis descubriremos con frecuencia un cancer que ni remotamente nadie pudo soñar.

CRISIS SEUDOOCCLUSIVAS: El cancer anular o circular puede manifestarse desde sus comienzos por un síndrome intermitente de oclusión parcial del intestino, traducido clínicamente por las clásicas "indigestiones de repetición" debidas, no al obstáculo mecánico representado por la pequeña irrupción de la neoplasia en la luz del intestino, sino por el espasmo supralesional que secundariamente determina. Son enfermos que hace poco tiempo que sufren de crisis dispépticas, que clínicamente se traducen por inapetencia, lengua sucia, saburral, sensación molesta de ocupación gastrointestinal, estado nauseoso, algún vómito que, achacándolo a cualquier causa arbitraria (alimento bebida, etc.) puede desaparecer transitoria y fácilmente con un purgante. En un enfermo de edad, con indigestiones a repetición obliga entre otras afecciones a pensar en el cancer rectosigmoideo.

TRASTORNOS GENERALES: Enfermos entre 50 y 60 años en los que de manera inopinada se instala decaimiento general, enflaquecimiento, palidez de piel y mucosas, en una palabra, se vislumbra clínicamente la posible germinación neoplásica. Influído el médico por dicha sospecha, procura por todos los medios y en todos los órganos encontrar localización y con frecuencia se olvida de explorar el recto; precisamente por este motivo no logra descubrir el cancer cuya existencia clínica y con razón había sospechado. Siempre hacer ante un enfermo en estas condiciones, un tacto rectal y una rectoscopia; descubriremos así más de un cancer en vías de curabilidad.

Diagnóstico:

Cuando por cualquier signo de los enumerados anteriormente sospechamos — la existencia de un cancer rectal, practicaremos siempre una exploración reglada y detenida de la región anorrectosigmoidea. Como dice muy bien Savinach, "es mejor practicar cien rectoscopias en blanco que dejar de diagnosticar oportunamente una sola vez un cancer rectal".

El tacto rectal y la rectoscopia son los procedimientos de exploración necesarios para llegar al diagnóstico. Los otros medios de examen (radiología, biopsia, etc.) ayudarán a confirmar el diagnóstico y a determinar el tratamiento apropiado.

TACTO RECTAL: Todo cancer localizado en el recto se alcanza con el tacto rectal, el cual se debe practicar en dos posiciones: 1.º) en posición genupectoral; 2.º) de rodillas con el busto en posición vertical. Con esta posición, si el cancer tiene localización alta y el enfermo realiza esfuerzos de defecación puede alcanzarse con — el tacto.

Encontraremos una tumoración de tamaño variable, irregular, más o menos fija, implantada en una de las paredes rectales; el signo más importante y característico es la dureza de la tumo-

raciòn. La tipica consistencia leñosa, dura, de la lesiòn cancerosa la diferencia del fecalomà, del pòlip rectal, etc.

RECTOSCOPIA: Comprobaremos la existencia del cancer implantado generalmente sobre una de las paredes rectales; el color rojo subido de la neoplasia contrastando con el tinte rosado pàlido de la mucosa vecina; apreciaremos asimismo la forma, el tamaò, la consistencia, la altura exacta de su implantaciòn; al propio tiempo nos permitirà practicar una biopsia, siempre útil, pero indispensable en los casos dudosos para asegurar el diagnòstico y comprobar la naturaleza de la lesiòn.

El cancer del recto de pequeño tamaò puede fàcilmente pasar inadvertido a una exploraciòn poco cuidadosa por estar escondido entre los pliegues de la mucosa, disimulado por las vàlvulas de Houston o encubierto por materias fecales adheridas a la superficie ulcerada.

Terapeùtica:

El cancer rectal tiene como tratamiento la intervenciòn quirùrgica. La extirpaciòn radical es tanto mès provechosa cuantos mès precozmente se haya hecho el diagnòstico.

Frente al problema de elegir el procedimiento quirùrgico para tratar un cancer de recto, debe primar aquella tècnica que ofrezca mès probabilidades de curaciòn.

Pasan a segundo plano las consideraciones en cuanto a los inconvenientes del ano contra natura abdominal. Es lògica sin embargo la resistencia de los pacientes ante esta soluciòn, e igualmente comprensible el esfuerzo de los cirujanos para buscar la manera de proporcionar una terapeùtica mès satisfactoria. Si la amputaciòn abdòmino-perineal con colostomia abdominal definitiva fuera el único procedimiento quirùrgico que ofreciera posibilidades de curaciòn, tal cual lo pensaba Miles, habrìa que aplicarla en todos los casos.

El progreso de la tècnica quirùrgica y del conocimiento anatomico e histopatologico, han permitido a muchos cirujanos proponer en ciertos casos procedimientos quirùrgicos que ofrecen tambièn garantias de curaciòn, pero logran conservar el aparato esfinteriano y por consiguiente mantienen el trànsito intestinal por las vías naturales. Podriamos hablar asi de cirugia conservadora.

Criterio quirùrgico para el tratamiento de los tumores sigmoideos bajos y rectosigmoideos:

Puede decirse que éste se halla subordinado a dos periodos. El primero, que corresponde al lapso desde los comienzos de este siglo hasta aproximadamente diez aòos y el segundo que incluye a los ultimos dos lustros.

Primer periodo:

La conducta de los cirujanos practicamente era definida y uniforme. La operaciòn de elecciòn era la resecciòn amplia abdominoperineal o perineoabdominal del sigmoideo-recto.

Este proceder se apoyaba en dos fundamentos: uno de orden anatomico y otro de orden patològico.

ANATOMICO: Tiene como base la irrigaciòn arterial del colo-recto. De acuerdo a la opiniòn de los primeros anatomistas, la arteria hemorroidal superior tendría una importancia casi exclusiva en la vascularizaciòn de la porciòn ultima del colon ilio-pelviano y de la casi totalidad del recto. Los demás vasos hemorroidarios serian de escaso valor en la nutriciòn de ese organo. De acuerdo a ello, como la arteria hemorroidal superior debe incluirse en la resecciòn de los tumores rectosigmoideos, es menester suprimir al mismo tiempo el recto, pues en caso contrario este quedaria desvitalizado en casi toda su extensiòn.

PATOLOGICO: Tiene como base la propagaciòn linfática del tumor. Despuès de los proljos estudios realizados por Miles en 1908 acerca de la morfología y evoluciòn del cancer de recto y rectosigmoideo, se considerò de gran importancia y significado su esquema sobre la propagaciòn linfática de la neoplasia. Segùn este esquema los tumores situados a ese nivel, tienen tres vías distintas de propagaciòn linfática: 1.) en direcciòn ascendente, siguiendo la cadena ganglionar vecina a la hemorroidal superior y sus ramificacnones; 2.) en direcciòn transversal o lateral, que invade el sector linfático pelvirectal, siguiendo la cadena ganglionar de la hemorroidal media; 3.) en direcciòn descendente, que se propaga hacia el grupo ganglionar isquierdorectal o anorrectal, siguiendo la cadena de la hemorroidal inferior.

De acuerdo con estos concepcetos, que prevalecieran hasta a±os recientes al extirpar un cancer rectosigmoideo era necesario el vaciamiento de la masa perirrectal, para munirse de seguridades contra una posible extensiòn linfática extraparietal del tumor.

Esto, que corroboraba los estudios hechos por Poirier, Cuneo y Delamare sobre la propagaciòn linfática en el mismo a±o, provocò la cèlebre comunicaciòn de Miles, en la cual describe la tècnica de extirpaciòn abdòmiooperineal amplia en un tiempo, en la que savrifica todo el pediné posterior, dejando una colostomia abdominal definitiva.

Como veremos a continuaciòn, este esquema del maestro de la escuela de Londres no se ajusta estrictamente a la observaciòn de los hechos, ni con el resultado de otras investigaciones anatomicopatològicas. El no llegò a sospechar que con su interpretaciòn acerca de la propagaciòn blastomatosa daría lugar a±os despuès a controversias animadas.

Es oportuno agregar, que dentro de ese mismo periodo de la etapa quirùrgica, en los casos la amputaciòn abdòminoperineal no



PULMOL

EXTRA

ABORAT

Pulmol

Pulmol

ABORATORIO
SANTAS DO BRASIL S.A.



Pulmol

Injectável



Posologia

O PULMOL injetável — é uma associação científica de elementos como o gomenol, a câmfora, o cinamato de benzila e a colesterina, cuja ação específica para as vias respiratórias proporciona ao produto resultados terapêuticos precisos, quando empregado em momento exato e em indicação rigorosamente adequada.

Sua ação no organismo se baseia na fácil absorção logo após introduzido e na eliminação que se realiza, de modo absolutamente favorável às moléstias das vias respiratórias, através dos pulmões, facilitando, assim, a fluidificação das secreções brônquicas além de uma perfeita ação descongestionante da mucosa de toda a árvore tráqueo-brônquica.

Comporta-se, pois, como excelente antisséptico, anticárral e cicatrizante, de onde sua indicação no tratamento da GRIPE, TOSSES REBELDES, BRONQUITES AGUDAS E CRÔNICAS, PNEUMONIA, BRONCOPNEUMONIA, ABCESSOS PULMONARES, COQUELUCHE, PLEURISIA, ASMA, e em todas as infecções pulmonares, bem como nas CONVALESCÊNCIAS e ESTADOS PRÉ-TUBERCULOSOS.

A eliminação do PULMOL pelos pulmões começa poucos minutos após sua aplicação, mantendo-se por muitas horas.

1 a 2 ampólas diárias segundo a intensidade da doença e a critério do médico. Como abortivo da gripe, duas ampólas de número 1 por vez ou uma do número 2, ou 3, diariamente, por via hipodérmica ou intramuscular.

Tratamentos prolongados

Uma série de 12 injeções de Pulmol n.º 1, com 8 dias de descanso. 12 injeções de Pulmol n.º 2, com 8 dias de descanso. 12 injeções de Pulmol n.º 3, com 8 dias de descanso.

O tratamento em série deverá ser regulado pelo médico conforme a gravidade da doença.

Formulas

Elixir

	N.º 1	N.º 2	N.º 3
Gaiacol cristalizado puríssimo	0,020	0,025	0,050
Gomenol	0,100	0,500	1,000
Cinamato de benzila	0,020	0,050	0,075
Câmfora	0,040	0,100	0,250
Colesterina	0,040	0,025	0,100
Óleo neutro - q.s.p.	2,000	5,000	5,000

O Pulmol — elixir — tem por base o fosfato de gaiacol puríssimo e o clorid de efedrina associados ao acônito e à salsaparrilha, desempenhando pela ação sinérgica e específica destas substâncias um papel de perfeito antisséptico pulmonar e poderoso calmante dos acessos de tosse.

INDICAÇÕES :

GRIPE, TOSSE, LARINGITE, TRAQUEITE, BRONQUITE AGUDA E CRÔNICA E AUXILIAR NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.

POSOLOGIA :

ADULTOS : 1 colher das de chá em água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, especialmente nos acessos de tosse.

crianças : Colherinhos das de café.

IMPORTANTE : Para uma melhor eficiência da sua terapêutica não usá-lo nas proximidades das refeições.

Cada colher de chá (5 cm³) contém :

Fosfato de gaiacol puríssimo	0,035
Clorid Efedrina	0,010
Cloridofosfato de cálcio	0,175
Alc. raiz de acônito	0,010
T. salsaparrilha	0,500
Xarope de Seiva de Pinho - q.s.p.	5,000

ABORATORIO "Sanitas" DO BRASIL S.A.

AV. LINS DE VASCONCELOS, 3420 - CAIXA POSTAL, 1229 - TELEG. "SYMBIOSINA"

era posible practica por las condiciones generales del enfermo deficientes, se optaba por la llamada operación de Hartman (que consistia en la resección del tumor; abocamiento del cabo proximal sigmoideo como ano illaco; cierre del cabo superior de recto con doble jareta), la cual exige un ano contra natura definitivo y abandona al recto como muñón aislado, que se admitia debia concluirse en la atrofia.

Segundo periodo:

En ese periodo (últimos diez años) los conceptos arriba emitidos sufrieron importantes cambios a medida que nuevas observaciones clínicas e investigaciones anátomo-patológicas revelaban conclusiones opuestas a las sostenidas anteriormente.

En la actualidad se admite que es posible resecar el segmento recto sigmoideo con la porción distal del colon iliopélvico, sin que necesariamente ocurra desvitalización de la porción remanente del recto, y sin que aumenten los riesgos de una recurrencia del carcinoma, en el sistema linfático pélvico rectal. Tambien aquí debemos señalar los fundamentos anatómicos y patológicos de estas nuevas concepciones.

ANATOMICO: La revisión del tópico sobre la circulación arterial del recto, de acuerdo con la experiencia quirúrgica y con las técnicas modernas para el estudio de la irrigación de los órganos, llevaron a la conclusión que se había exagerado, sobreestimado, el valor de la arteria hemoroidal superior en la nutrición de los dos tercios inferiores del recto, o expresado de otra manera, se había restado importancia a la participación en la misma de otros tres grupos arteriales: 1.) las arterias hemorroidales medianas, comúnmente ramas de la arteria ilíaca interna o hipogástrica; otras veces de la pudendo interna, que cursan particularmente la mitad inferior del recto, pero con múltiples ramificaciones ascendentes y descendentes, que se distribuyen sobre las paredes de ese órgano; — 2.) las arterias hemorroidales inferiores, ramas de la pudendo interna, que recorren y vascularizan preferentemente el cuarto inferior del recto; — 3.- el plexo retrorrectal, que reúne pequeñas arterias, de las cuales adquiere mayor significación la arteria sacra media, rama de la aorta, cuyas ramificaciones se extienden con particularidad hacia la pared posterior del recto.

De esta vasta red vascular, lo más importante a destacar es la riqueza de anastomosis que las vincula entre si y con las ramas de la arteria hemoroidal superior, conservando ésta íntima conexión hasta las finas divisiones submucosas de la pared intestinal. De esta manera, la circulación colateral supletoria puede efectuarse en condiciones satisfactorias.

Pope y Buie, mediante preparados especiales obtenidos por el método corrocivo con celoidina, y otros con inyecciones intraarteriales de medios opacos a los rayos X, establecieron ya en

1929: "que la circulación arterial en el intestino normal se efectúa lo mismo de arriba abajo, como de abajo hacia arriba. La inyección de un fluido coloreado a través de la arteria hipogástrica o pudenda interna, rápidamente penetra y tiñe todas las partes del rectosigmoideo y sigmoideo".

Los resultados operatorios confirmam estos hechos.

Dixon de la Mayo Clinic, cuya opinión es una de las más autorizadas en cirugía intestinal, escribe en 1943: "La circulación sanguínea de la porción distal del intestino es adecuadamente mantenida por las arterias hemorroidarias medias e inferiores. En mi vasta experiencia de más de 200 resecciones segmentarias rectosigmoideas, incluyendo la arteria hemorroidal superior y parte de las arterias marginales, no he observado dificultades en la irrigación arterial de la porción remanente del recto".

PATOLOGICO: Recientes investigaciones histopatológicas en numerosos casos de tumores colorrectales, demostraron qué, contrariamente a lo creido con anterioridad, la propagación linfática regional en el cancer rectosigmoideo, regularmente se efectúa en los ganglios epicólicos y paracólicos colindantes, como así también en dirección ascendente hacia la cadena ganglionar que sigue el trayecto de las arterias mesentéricas inferior y hemorroidal superior". "Sólo por excepción la invasión neoplásica ocurre en dirección retrógrada o descendente, hacia los linfáticos pelvirectales, y esto tiene lugar, en casi la totalidad de los casos, cuando el linfático superior se halla bloqueado por cordones de células neoplásicas".

Gabriel, Dukes y Bussey en 1935 en cien casos de tumores de la parte superior del recto, solamente en dos de ellos había invasión ganglionar por debajo de la lesión y ésta no era más distante de 1 cm.

Coller, Kay y Mac Intyre en el año 1940, en 33 observaciones de tumores rectales y rectosigmoideos, de los cuales 12 correspondían a esta última localización, concluyen en lo siguiente: "En ninguna circunstancia fué encontrada una metástasis retrógrada a una significativa distancia debajo de la lesión primaria".

Westhues, después de haber desacado 102 piezas operatorias por amputación abdominoperineal, encuentra 201 nódulos metastásicos a nivel o por encima del tumor y sólo un nódulo por debajo del mismo.

Grinnell en 1942, en 75 casos quirúrgicos de cancer de recto y rectosigmoideo, establece: 1.º) la principal propagación linfática extramural es hacia arriba, a lo largo de los vasos hemorroidarios superiores; 2.º) la propagación linfática lateral a lo largo de los vasos hemorroidarios medios es probablemente poco frecuente y de importancia secundaria, ocurriendo principalmente cuando los ganglios superiores se hallan bloqueados; 3.º) la propagación hacia abajo es excesivamente rara en las piezas operatorias y ocurre solamente por curso retrógrado, como en el caso anterior, cuando los nódulos linfáticos superiores se hallan bloqueados.

Glover y Waugh en 1946, de la Mayo Clinic, han realizado uno de los más extensos y exhaustivos estudios acerca de la siembra linfática en el carcinoma rectosigmoideo y de la porción terminal del colon pelviano. En 100 casos examinados demuestran qué "aún en carcinomas avanzados, la propagación linfática retrógrada sólo ocurre en el 1% de los mismos. Cuando ésto sucede es una indicación que existe un bloqueo de las vías superiores". . . También agregan como deducción de alcance quirúrgico: "Como el carcinoma de la porción superior del recto y rectosigmoideo, tiene solamente una cadena habitual para su difusión linfática, que es la superior, si no existe una invasión por el tumor de los órganos vecinos, se halla justificada una resección segmentaria radical, con preservación del esfínter rectal y restauración de la continuidad normal del intestino".

Por lo que acabamos de exponer, desde el punto de vista de la patología quirúrgica, los tumores rectosigmoideos deben considerarse más próximos a los tumores sigmoideos que a los tumores rectales.

Por ello son pasibles del tratamiento por la resección segmentaria seguida de enterostomosis terminoterminal. Otro hecho de la patología que permite sostener este temperamento, es la modalidad de desarrollo y propagación intramural del cáncer colónico, que lo hace fundamentalmente en sentido radial y no en sentido longitudinal.

Monsarrat y Williams demostraron que a 2 cms por encima y por debajo del rebordes mucoso tumoral, la pared del colon se hallaba libre de invasión carcinomatosa.

En nuestro país, Canónico repitió estas observaciones en una serie de 10 casos del colon izquierdo extirpados en el Instituto de Clínica Quirúrgica con resultados idénticos. En la mayor parte de los casos, a 1 1/2 cms del borde de la lesión, no existían elementos neoplásicos.

Porqué y cuando se puede conservar el aparato esfínteriano.

Si el tumor está localizado en la ampolla rectal por encima del aparato esfínteriano y sin conexión con el mismo, de acuerdo con lo que antecede y que hemos relatado in extenso, puede respetarse dicho aparato esfínteriano sin peligro de recidiva local.

Como el 80% de los cánceres están localizados por encima de los 6 cms del orificio anal (según los estudios estadísticos de Bacon), en ese 80% de los casos se podrá practicar la cirugía conservadora y sólo en un 20% se deberá practicar la cirugía y sólo en un 20% se deberá sacrificar el suelo perineal.

La mejor manera de comprobar la indemnidad del aparato esfínteriano, se consigue con el tacto rectal, mediante el cual se puede determinar la altura del tumor, su movilidad y su relación con respecto al plano de los elevadores, con los cuales no deben

tener ninguna vinculaciòn; su independencia serà facilmente comprobable, haciendo contraer esos mÙsculos durante la exploraciòn.

Anatomia del aparato esfinteriano.

Casi todos los autores al hablar de estas tÈcnicas conservadoras se refieren a la "conservaciòn del aparato esfinteriano". Conviene recordar que su estructura no es simple sino compleja. Varios son los mÙsculos que mediante acciòn coordinada intervienen en la continencia. Milligan y Morgan nos legaron en 1934, despuÈs de sus insuperables investigaciones anatòmicas el conocimiento minucioso de la arquitectura esfinteriana.

Es necesario considerar la anatomia de los mÙsculos; esfinter externo, esfinter interno y elevador del ano; y de los septum fibrosos que separan las diferentes porciones de los esfinteres anales.

ESFINTER EXERNO DEL ANO: Es un mÙsculo compuesto de tres porciones; perfectamente individualizadas en las disecciones operatorias: a) porciòn subcutanea; b) porciòn superficial y c) porciòn profunda.

Porciòn subcutanea: està constituida por una banda muscular de forma anular, que sin tener inserciòn en el coxis rodea la parte mÙs superficial del conducto anal. Lo forman fibras estriadas reunidas en un haz compacto, de forma aplanada, de coloraciòn rojo obscura en el vivo, fàcil de disecar, especialmente en suborda superficial y cara endonal, hasta llegar al septum interesfinterico. En la hemicircunferencia anterior no presenta en algunos sujetos un aspecto tan compacto por emitir algunas fibras musculares que se dirigen hacia el mÙsculo transverso superficial del periné. La cara externa del mÙsculo està parcialmente recubierta por la aponeurosis superficial del periné, de la cual resulta fàcil siempre separarlo en las disecciones operatorias. Al aislar quirÙrgicamente su cara endonal se llega con facilidad a descubrir las fibras blanco rosadas del septum, que se dirigen longitudinalmente y en toda la circunferencia del ano para insertarse en la piel modificada de dicho conducto, a nivel de lo que se conoce con el nombre de la linea blanca de Hilton o surco interesfinteriano. Si no se toma el cuidado de seccionar transversalmente este septum, resulta imposible caer dentro del estuche del esfinter.

Porciòn superficial: tambièn la constituyen fibras estriadas formando un haz compacto, pero adoptando una configuraciòn eliptica al insertarse por detrás en el coxis y rafe anocoxigeo y por delante en el rafe medio perineal. En las disecciones quirÙrgicas es fàcil individualizar esta porciòn hallandosela por fuera y mÙs profunda que la subcutanea; toma especialmente en los sectores laterales del ano un aspecto de mÙsculo compacto, aun-que dando la sensaciòn de ser mÙs tenue que su congenere; su

coloración es también más blanquecina, su superficie más homogénea y brillante que la subcutánea; se halla separada de esta por una expansión fibrosa de la capa longitudinal del recto, que no tiene la nitidez del septum interesfintérico; por su cara interna o anal se pone en relación con la porción inferior del esfínter interno a través de la capa fibrosa muscular longitudinal del recto; por encima contacta con la porción profunda del esfínter externo.

En las disecciones operatorias esta porción superficial es siempre más profunda y externa que la subcutánea. De ahí que que parezca inapropiada la denominación "superficial"; mejor parezca inapropiada la denominación "superficial"; mejor sería llamarla "intermedia".

Porción profunda: está constituida por un macizo compacto de fibras musculares estriadas, de forma anular, las que por detrás se adhieren y aún entremezclan fibras con las del fascículo puborrectalis del elevador y qué, por delante, se separan para incorporarse al transverso del periné e insertarse con él en la rama ascendente del isquion o bien contribuir a formar el núcleo fibromuscular del periné anterior.

MUSCULO ESFINTER INTERNO DEL ANO: Representa el espesamiento que la capa circular del recto adquiere a nivel del conducto anal. Por lo tanto está formado por fibras musculares, de color blanco marfil. Por su cara interna está en relación con los vasos arteriales y venosos hemorroidales que corren por la submucosa. Su borde inferior se halla separado de la porción subcutánea del esfínter externo por la fuerte expansión fibrosa de la capa muscular longitudinal del recto que recibe por ese motivo el nombre de septum interesfintérico.

Tiene este músculo un espesor de unos milímetros; es aplastado, lo que permite disecharlo con facilidad; por dentro es fácil separarlo de la submucosa, teniendo cuidado de no herir los vasos que por ella corren. La capa longitudinal del recto se continúa hacia abajo como tejido fibromuscular, cubriendo al esfínter como en un estuche al ir a insertarse en la piel modificada a nivel del surco interesfintérico, llegando a formar una verdadera depresión a este nivel en la piel intraanal por la sólida inserción de la capa longitudinal; la misma capa longitudinal emite hacia afuera expansiones fibromusculares, menos firmes, que pasando entre las porciones subcutáneas y superficial y entre ésta y la profunda van a perderse en la grasa de la fosa isquioanal.

ELEVADOR DEL ANO: está formado por tres porciones:

1.º) El músculo pubocoxígeo se extiende desde la cara posterior de pubis y de la parte anterior de la fascia del obturador, para dirigirse hacia atrás abrazando al recto en la misma forma que el puborrectalis, aunque más profundamente que éste y sin tener

vinculación íntima con el recto, desde el momento que se fija al rafe formado por los fascículos isquiocoxígeos.

2.º) El músculo puborrectalis se extiende desde la parte más inferior de la síntesis y cara posterior del pubis, por debajo del pubocoxígeo; se dirige hacia atrás hasta llegar al conducto anal, al que abraza por detrás como una cincha después de haber pasado por la porción inferior de las caras laterales del recto; es el que interviene más activamente en el acto de la continencia, y es el que percibimos como una cincha en la pared posterior del recto al practicar el tacto rectal.

3.º) el músculo iliocoxígeo, mejor llamarlo isquiocoxígeo, se extiende desde la espina isquiática y de la parte posterior de la línea blanca hasta el coxis y el rafe anocoxígeo.

El pubocoxígeo y el isquiocoxígeo forman el tabique que divide la pelvis en dos espacios: pelvi-rectal hacia arriba e isquio-rectal hacia abajo.

En síntesis, todos estos músculos tienen una íntima conexión y dependencia entre sí; están unidos por las terminaciones de las fibras musculares longitudinales del recto, que se reparten en forma de abanico entre los haces del esfínter externo y terminan en la piel anal. Por lo tanto y siempre que sea posible, será conveniente conservar el aparato esfinteriano lo más completo posible.

Esto se consigue a la perfección en la exéresis por vía abdominal exclusiva con anastomosis término-terminal, pero por las dificultades para practicar las suturas en la profundidad de la pelvis y el problema de obtener una buena vascularización en ambos cabos limita los casos en que ella pueda aplicarse. Es mayor por lo tanto el número de enfermos en quienes, tal cual lo aconsejan Babcock y Bacon, se puede hacer la extirpación por vía combinada: abdomino-perineal descendiendo el intestino a través del orificio esfinteriano.

Todos los tumores rectales que están por encima del plano de los elevadores pueden ser extirpados con esta técnica, que será más fácil de realizar y ofrecerá más probabilidades de curación, cuanto más precoz haya sido el diagnóstico y menor sea la propagación del tumor. La amplitud de la extirpación es igual a la que se obtiene con el procedimiento de Miles, en cuanto a los tejidos perirrectales que se hallan por encima del plano de los elevadores. Por lo tanto las probabilidades de recidivas serán teóricamente las mismas en ambos procedimientos, siempre que la elección de la técnica haya sido adecuada. La ventaja del "Miles" residiría en la posibilidad de aplicación directa de "radium" en la cavidad pélvica, después de la extirpación perineal.

Evolución de las técnicas que jalonen la cirugía rectosigomoidea:

Miles, cuando dictó normas sobre la amputación perineal de acuerdo a su concepción de la propagación linfática blastomatosa,

no se imaginó después de su exhaustivo y convincente trabajo, que posteriormente a la luz de conocimientos emanados de investigaciones realizadas por diversos autores, pusieran en tela de juicio su teoría y se tejieran animados comentarios y controversias sobre la conveniencia de conservar el aparato esfinteriano.

La escuela inglesa con Abel, Gabriel, Dukes, etc., a la cabeza, se mantiene fiel al primitivo criterio del maestro londinense.

La escuela Norteamericana, con Babcock, Bacon, Wangenstein, Dixon, sostiene la posibilidad de conservar el tránsito normal, siempre que el tumor esté a cierta altura del recto.

He ahí dos concepciones antagónicas, baseadas en la misma anatomía patológica, pero con distinta experiencia clínica. Mientras la escuela inglesa sigue aferrada al obsoleto criterio, de qué, cuanto menor el tamaño del tumor, mayor la resección si se quiere obtener el máximo de garantías, los americanos, siguiendo los ya conocidos trabajos de Cuneo, Villemin, Mondor, sostienen qué, deseando por debajo del tumor suficiente mucosa sana, no es preciso resecar el aparato esfinteriano. Estas ideas se afirman con los trabajos ya citados de Westhues, quién, después de haber disecado 102 piezas quirúrgicas de amputación abdominoperineal, encuentra 201 nódulos metastásicos a nivel o por encima del tumor y sólo un nódulo por debajo del mismo. Por otra parte no deja de ser paradojal la posición inglesa, porque Gabriel, Dukes y Bussey, trabajando sobre piezas quirúrgicas demuestran que la propagación se hace siempre en sentido ascendente.

En los Estados Unidos no todos los autores participan del criterio conservador y así vemos figuras calificadas como Mayo, Lahey, Cattell, Jones, etc., que se mantienen fieles al método de Miles.

La escuela sajona con Hochnegg, Finsterrer y Mandl, sostiene también el criterio conservador. Mandl, discípulo de Hochnegg, preconiza este método con entusiasmo singular, aduciendo no sólo razones de orden anatómopatológico sino también psicológicas. Sostiene que un año contra natura suele ser tan grave enfermedad como la propia lesión concerrosa. Ha visto suicidios en enfermos que no se conformaban con soportar tan desagradable contingencia y por eso ha adoptado el siguiente axioma: "La operación radical del cancer del recto, aún si se ha hecho con la mejor técnica y aún si los resultados alejados son muy buenos, es imperfecta, salvo que se hayan hecho todas las tentativas para conservar el esfínter o por lo menos haberle dado al enfermo esperanzas de restablecimiento de la continuidad intestinal con el andar del tiempo".

Bastianelli, en Italia, es un entusiasta de la operación conservadora.

La escuela francesa se ha plegado al criterio conservador casi por completo.

La revisión de las publicaciones quirúrgicas de los últimos 5 años descubre una manifesta y decidida tendencia a volver a la resección y anastomosis primaria del colon.

El cancer rectosigmoideo fué reconocido por los clínicos de los siglos XVIII y XIX a través de sus manifestaciones más frecuentes: la oclusión aguda. Su tratamiento paliativo, mediante diferentes tipos de colostomía fué establecido perfectamente en esa época.

Littre en 1710, en un niño con aplasia del recto, efectuó primera colostomía inguinal izquierda por oclusión aguda. También se efectuaron resecciones totales del colon seguidas de buen éxito; la que merece citarse en primer término es la de Reybard, quién en 1823, luego de trabajar y experimentar en perros, efectuó una resección del asa sigmoidea, por cancer, con anastomosis terminoterminal. El paciente, un joven de 28 años de edad, tomaba alimentos sólidos a los 38 días y eliminaba gases y materias fecales normalmente por el recto. Sobrevivió un año, falleciendo por metástasis. La Academia de Medicina de París nombró una comisión especial para investigar el caso, la que formuló contra el galeno un violento anatema por su atrevimiento. Otros extirpaban el recto por vía perineal, extirmando al mismo tiempo todos los tejidos perirectales. Este tipo de operación fué ideado por Lisfranc en 1826.

En 1828 Dupuy-tren, observando un paciente que tenía anopoutea natura con dos esomas consecutivos a una escara por hernia estrangulada, ideó un aparato para triturar el espolón sin peligro de abrir la cavidad peritoneal, que lo llamó enterotomo. Pronto tuvo grandísima y utilidad en el tratamiento de los años contra natura.

En 1839 Amussat, cirujano francés publica un documentado trabajo, en el que hace la divulgación necesaria para que la colostomía ocupara su lugar en la cirugía. Mediante experimentos de laboratorio y prácticas de quirófano, demostró la posibilidad de su realización; sostuvo que la peritonitis, que era la causa de todos los francasos, podía evitarse, efectuando la colostomía por vía lumbar, es decir, en forma extraperitoneal.

Baudens publica un trabajo sobre el mismo tema en 1842.

Dieffenbach en 1845 trató al parecer por primera vez, de conservar el esfínter, al practicar la amputación del recto por vía perineal.

Kocher en 1875 conserva también el esfínter, para lo cual practica la resección del segmento rectal enfermo, por vía perineal posterior, realizando después una anastomosis terminoterminal.

Hasta 1880 sólo se registraron 10 resecciones de intestino grueso, de las cuales fracasaron 7. Pero en la década siguiente, de 1880 a 1890, el número aumentó a 48 y la mortalidad fué del 45%. Esto se debió a la divulgación del método antiséptico

São Paulo, Maio de 1950.

Prezado Doutor:

O aperfeiçoamento do arsenal terapêutico está condicionado ao constante intercâmbio entre a classe médica, obrigada a estar sempre ao par das mais recentes novidades científicas, e os técnicos que labutam nas instalações industriais, destinadas à fabricação dessas novidades.

O LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A. ciente da importância de tal intercâmbio acaba de lançar o novo produto contra o alcoolismo crônico sob o nome de

ANTIETANOL

Experiências iniciadas em fins de 1948 na Dinamarca demonstraram na grande maioria dos casos tratados (80 - 90%) o sucesso do dissulfeto de bis (dietil-tiocarbaminila), também conhecido pelo nome de dissulfeto de tetra-étiltiuram no tratamento do alcoolismo crônico. Essas experiências foram confirmadas na Inglaterra e depois, também, nos Estados Unidos da América do Norte.

O Tratamento com ANTIETANOL condiciona:

1.º) O aparecimento de reações subjetivas desagradáveis após a ingestão de bebidas alcoólicas, mesmo em pequenas quantidades.

2.º) Uma diminuição progressiva da tolerância ao álcool.

3.º) A possibilidade de uma medicação de fácil administração (via oral), representando um coadjuvante eficaz aos métodos psicoterápicos utilizados em institutos especializados.

Com efeito, modificando dessa forma a tolerância do álcool, ANTIETANOL oferece aos clínicos uma nova oportunidade de tratar e controlar o alcoolismo.

Independentemente da propaganda que será feita a V. S. por intermédio dos nossos colaboradores e representantes, caso este nosso novo preparado desperte o interesse clínico do distinto amigo, estamos à sua disposição para atendermos com solicitude as requisições de amostras que necessitar para suas experiências.

Pelo que penhorados antecipadamente agradecemos.

Laboratório Paulista de Biologia S. A.

O

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.

ANUNCIA O LANÇAMENTO DE SUA NOVA

ESPECIALIDADE

ANTIETANOL

COMPRIMIDOS

DESTINADA AO TRATAMENTO DO

ALCOOLISMO CRÓNICO

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SNRS. MÉDICOS.



LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.

RUA SÃO LUIZ, 161 — SÃO PAULO

de Lister, ideado en 1865, que fué aceptado en el Congreso Médico Internacional de Amsterdam, en 1879. En el mismo año, Billroth, que fué un de los que más encarnizadamente combatió a Lister, reseca el colon sigmoideo por una neoplasia en virola. Cerró el cabo distal, abandonándolo en el abdomen y dejando una colostomía izquierda.

También en 1879, Schede, cirujano alemán, luego de una resección y al no conseguir aproximar los cabos, los fijó en doble caño de escopeta a la herida abdominal, con la idea de aplicar luego un enterotomía. Su enfermo falleció antes de poder aplicarlo.

Por la misma época se cita que Gusembauer de Lieja y Martin de Hamburgo, habían realizado operaciones semejantes.

Bardenheuer en 1880 ideó la vía sacra; aconsejaba hacer una resección parcial del sacro, para conseguir una mayor extirpación del recto; pero esta técnica fué perfeccionada y popularizada por Kraske en 1885 y su mérito consiste en haber encontrado un procedimiento que por esta vía le da un amplio campo, lo que le permite movilizar el recto y abrir la cavidad peritoneal, haciendo una más amplia extirpación del intestino y del territorio ganglionar.

Czerny en 1883, operando un cancer del recto por vía perineal, se vió en la imposibilidad material de extirparlo en su totalidad, ante lo cual se le ocurrió recurrir a la vía abdominal para conseguir por arriba una movilización amplia del tumor. Así surge la idea de la vía combinada abdomino-perineal, que posteriormente, en manos de Wolkman, en 1887, adquiere notoriedad, pues es el primer cirujano, que premiditadamente efectuó la apertura del vientre para facilitar las maniobras de la extirpación del recto por vía baja. Miles luego la perfecciona, dándole el retoque definitivo.

En 1884, Heinecke describió en su "Compendio de operaciones quirúrgicas" una técnica para resección del intestino, que él había realizado con éxito en una oportunidad y que consistía: "En el primer tiempo se exterioriza el asa intestinal con el tumor, resecándola con el mesenterio. Los dos cabos aferente y eferente, se unen y se fijan a la pared. En un segundo tiempo se destruye el espolón, compriméndolo con un clamp intestinal y luego se procede al cierre de la ostomía".

Al año siguiente Mayld marca un principio importante en cirugía abdominal, al preconizar la colostomía ilíaca izquierda en dos tiempos, con abertura del intestino al 4.º dia. Demuestra que es necesario esperar un tiempo prudencial para la formación de adherencias que protegen la cavidad peritoneal.

Em 1888 Ochnegg publicó su procedimiento, en el cual, siguiendo la vía sacra preconizada por Kraske, después de resecado el tumor, invagina el cabo superior en el inferior y exterioriza éste a través de ano; conserva también en esta forma el aparato estinctoriano.

Oscar Bloch en 1891 leyó un trabajo sobre "Tratamiento extraabdominal del cancer intestinal con exclusión del recto", que posteriormente publicara en 1892. Se trataba de un enfermo con obstrucción intestinal por tumor sigmoideo. Exteriorizó el asa, abrió el cabo proximal, al cual le suturó un tubo de vidrio, con el objeto de descomprimir. El tumor fué resecado varios días después. Luego de 4 meses se liberaron los bordes del intestino de la pared abdominal, efectuando una anastomosis terminoterminal. El paciente anduvo bien, restableciéndose el tránsito. Al principio sólo usó su método en aquéllos casos de intestino móvil. Posteriormente lo extendió a aquellos casos, en que el intestino necesitaba ser movilizado.

Maunsell, cirujano neozelandez, realiza en 1892 la movilización rectosigmoidea por vía abdominal y luego hace el descenso del tumor por vía endoanal, el cual invagina y exterioriza a través del ano dilatado; reseca en este momento la zona tumoral y reconstruye el recto mediante una sutura terminoterminal. Queda por lo tanto respetado el esfínter anal. Es el creador de la vía combinada abdominoperineal con descenso, evitando la colostomía abdominal con todos sus inconvenientes.

En 1895, F. T. Paul de Liverpool, publica un trabajo comenzado en 1892, refiriéndose a un enfermo operado en esa fecha y en que la técnica utilizada le fracasó; dice: "...que para el próximo caso pondría en práctica el siguiente proceder operatorio: 1.º) resecar la porción estenosada del intestino y entonces suturar juntos los bordes mesentéricos de los cabos del colon, de tal manera, que puedan quedar adheridos varios centímetros en forma de un doble caño de escopeta. Si ésto da resultado, el espolón podrá ser destruido sin el menor riesgo de peritonitis en una extensión como para asegurar el libre pasaje y un cierre fácil del ano artificial". Luego de ésto, Paul publicó una serie de 11 casos, donde efectuó todas las etapas que se había propuesto, con buen éxito. La operación se diferencia de la de Bloch y de la de Hochenegg, en que reseca la porción exteriorizada en el momento de la operación y sutura gruesos tubos de vidrio en los dos cabos, en forma similar a lo que había hecho Bloch en 1891, aunque sólo en el cabo proximal. Para la mayoría de los autores ingleses modernos la operación de Mikulicz se conoce sólo como "Método o operación de Paul".

En el año 1902 aparece la publicación de J. Von Mikulicz en el que describe su método de exteriorización del intestino, mencionando que ya la efectuaba en 1898. Anschütz, su alumno, fué quien describió con detalles en el año 1907.

En 1903 Mikulicz visita dos Estados Unidos y en la reunión anual de la Sociedad Quirúrgica Americana leyó un trabajo que se refería a su "Operación en Etapas" para la resección del intestino grueso. La parte del intestino con el tumor, asa aferente y eferente, se liberan junto con los ganglios afectados en forma

tal, que el intestino queda ser exteriorizado facilmente del abdomen.

"Las dos asas intestinales se liberan de 3 a 5 cms de su mesocolon, a partir del tumor, haciendo que las dos asas queden paralelas y en contacto. La abertura resultante en el meso se cierra con una sutura continua o de puntos separados. En la zona de las ramas intestinales, donde se aplicará el enteròmetro se efectuará una sutura seroserosa logitudinal (construcción del espolón). En el lugar donde las asas intestinales atraviesan la pared se efectúan puntos de fijación (peritoneo parietal — serosa intestinal — pared muscular), ya sea en el centro de la incisión o en un extremo de la misma. El mesenterio debe llegar justo hasta ese punto. Luego se procede al cierre de la pared abdominal en la forma típica, dejando 4 a 6 cms para el intestino. La resección del tumor se hace en forma de que los cabos intestinales sobresalgan de 1 a 3 cms de la pared abdominal. Es oportuno dejar el cabo distal más largo que el proximal, porque aquél tiene tendencia a retráerse, mientras que éste tiende a prolap-sarse".

Se ha achacado al Mikulicz el inconveniente de que la extirpación no puede ser amplia, especialmente en los obesos, lo que predispone a las recidivas locales a nivel de la herida y que requiere un largo periodo hasta la curación.

En Francia en 1906 Villard practica una técnica de descenso perineal endoanal seccionando el recto por encima de los elevadores; en caso de tumor alto hace previamente una movilización por vía abdominal.

Cuneo en 1908 hace la técnica de Kocher, de resección y sutura téminoterminal por vía perineal, por medio de incisiones anteriores y laterales en el periné.

En el mismo año Miles, con su teoría hace que queden al olvido más absoluto las técnicas conservadoras; impone como condición "Sine quanon" la amputación perineal amplia, recto y tejidos perirrectales, seguidos de colostomía abdominal definitiva. A través de esta brecha se podía hacer la radiumterapia complementaria.

Todos los procedimientos ejecutados en los años siguientes difieren sólo en uno o en dos tiempos; pero siempre sacrifican todo el aparato esfinteriano.

Hartmann por esa época 1923 extirpa el tumor, cierra el cabo distal y lo abandona en el abdomen; con el cabo proximal hace una colostomía abdominal definitiva. Con Anselmo Schwartz dentro de la doctrina conservadora vuelve a adquirir notoriedad esta técnica; preconiza el restablecimiento secundario que Jean ha de realizar por primera vez con éxito en el año 1930.

Schwartz observa que el colon abocado a la piel después de un tiempo 1 a 2 años, se alarga por la presión intrabdominal

y el peso de las materias fecales. Se le ocurre entonces aprovechar este elongado y restablecer la continuidad para lo cual busca el muñón rectal, ayundándose con una sonda introducida dentro del recto por el ano; abre su techo, introduce el colon dentro del mismo y restablece la continuidad mediante dos planos de sutura. Asegura el colon al plano posterior para evitar estrangulamientos.

Así se llega al año 1930, en que Babcock comienza en los Estados Unidos su campaña en contra la colostomía abdominal por considerarla un grave achaque, aconsejando la realización en todos los casos de un ano perineal, pueda o no conservarse el aparato esfinteriano. Este cirujano en colaboración con Bacon, llega al perfeccionamiento de la técnica de Proctosigmoidectomía abdominaloperineal con descenso y conservación del esfínter.

En los últimos tiempos se ha desarrollado en Norteamérica otra tendencia encabezada por Dixon, el cirujano de la Mayo Clinic, siguiendo la orientación ya señalada por Teybard en Francia en 1823; extirpan el tumor rectal o sigmoideo por medio de resección intestinal y reconstrucción del tránsito del mismo por una anastomosis terminoterminal per primam.

Owen Wangensteen de Minnesota comparte la manera de pensar de Dixon, pero discrepa en lo que respecta a la manera de efectuar la anastomosis; prefiere el método cerrado, cuyo iniciador fuera el cirujano francés Soulignoux ya en año 1896. Por medio de unos clamps laminadores de hoja fina, modelo personal, hace la anastomosis cerrada, la sección intestinal que él practica en dirección oblicua es hecha con galvanocauterio a ras de los clamps, lo que le garantiza la absoluta asepsia. Es por eso que prescinde de los antibióticos. Dixon practica el método abierto, confiando en el buen aislamiento de la cavidad peritoneal y en los antibióticos.

En 1947 se reactiva la campaña en favor de la operación de Miles. En la reunión anual de la American Medical Association, Rankin y Johnston, apoyándose en esos estudios de Gillchrist y David, se oponen a las técnicas que conservan el aparato esfinteriano, — esta opinión fué apoyada por Thomas E. Jones, Mac Kittrich y Franck Lahey (Journal of the A. M. A., Febrero 1948).

Por lo que antecede la cirugía rectocolónica ha pasado por tre etapas evolutivas importantes:

La primera, que tuvo lugar al promediar el siglo pasado y en la que se optó por la operación de resección con enterostomosis terminoterminal. Así lo preconizó Reybard. El resultado inmediato fué nefasto, dado que el porcentaje de mortalidad por peritonitis pasaba del 50% de los operados.

Nace así la segunda etapa, que trató de subsanar este accidente convirtiendo en extraperitoneal el tiempo más peligroso de la operación o sea la resección del tumor. Aparece entonces

la técnica que en honor a la verdad debe llamarse de Paul-Bloch-Mikulicz y no de Paul como pretenden los ingleses; exteriorizando el tumor fuera de la cavidad para seccionarlo luego, después de pasado un tiempo o en el mismo acto operatorio. Tuvo amplia difusión hasta años recientes, en que ha renacido la corriente, marcando la tercera etapa, de extirpar intraperitoneal el tumor, seguido de anastomosis terminoterminal per primam.

Varias son las razones que hablan en favor de esta manera de pensar. El mejor conocimiento del preoperatorio, que nos permite llevar a la mesa a un enfermo en mejores condiciones.

El perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y los antibióticos, que nos permiten alejar el fantasma de la peritonitis.

Podemos abiertamente afirmar hoy, que el procedimiento de resección segmentaria y anastomosis inmediata es la técnica de elección y el extraperitoneal es solamente de necesidad.

La superioridad indiscutible reside en que: permite resecciones más amplias, es más fisiológicas, restablece el tránsito intestinal, abrevia considerablemente la convalecencia y restituye más rápido y mejores condiciones a la sociedad al elemento humano.

EL PREOPERATORIO: La experiencia enseña que en materia de cirugía de colon la preparación preoperatoria es el factor fundamental para una intervención feliz. De que vale conocer a la perfección la técnica si nos llega a la mesa un colon que no está limpio o con un déficit hidrico, hemático e proteico. La operación más perfecta y en las manos más experimentadas fracasa.

Comienza en el conoílrio externo, desde el momento que vemos al enfermo, y es allí donde decidirse el éxito o el fracaso de la intervención. Para evaluar las condiciones del enfermo para la operación es necesario un examen físico prolífico, inclusive electrocardiográfico, estudio del estado vascular, de la función hepática, de la sangre, aparato urinario y estado de su metabolismo.

Un gran porcentaje de enfermos portadores de cáncer rectosigmoideo presentan diversos grados de trastornos metabólicos, hipoproteinemia, hipoavitaminosis, deshidratación. Es necesario hacer todo lo posible para llevar al enfermo a un equilibrio hidrico, proteico, y vitaminico.

Se le administrará suficiente cantidad de líquido como para obtener una diuresis de 1000 c. c. por día. Hay algo en estos enfermos que los lleva a una disfunción hepática con la consiguiente hipoproteinemia, anemia e hipotrombinemia, lo que obliga al estudio funcional de hígado previamente a la intervención. No entraremos a analizar los distintos procedimientos para determinar el estado de la función hepática, que son de dominio corriente de las clínicas y sanatorios. La hipoproteinemia, considerándose la cifra de 6,5% en sangre como satisfactoria, con la administración de plasma, hidrolizados proteicos y régimen ali-

menticio adecuado, constituyen los mejores medios para elevar el porcentaje de las mismas en el plasma.

En general estos enfermos son anémicos, siendo necesario administrarles sangre en forma de transfusiones, cuya dosificación se hará de acuerdo a las necesidades; junto con extracto hepático y hierro para tratar de llevar la hemoglobina a 13,5 gr o sea 85% y el numero de eritrocitos a cuatro millones y medio por lo menos.

El otro elemento de juicio es la hipotrombinemia, factor de gran importancia; si recordamos que la vitamina K, es necesaria para la producción de protrombina por el hígado, nos explicaremos por que los niveles bajos de esta vitamina pueden constituir un factor importante. La curación lenta de las heridas con rezumamiento son a menudo consecuencia de esta disfunción. Se administran 20 miligramos de vitamina K, tres o cuatro días antes y tres o cuatro días después de la intervención. Es bien conocido el hecho de que los niveles de vitamina e n la mayoría de estos enfermos son bajos y como la capacidad de absorción del organismo para estas vitaminas esta, por parte alterada; es necesario aborrotarlo en culaquier forma con concentrados vitamínicos.

La limpieza del colon la conseguimos siempre que no haya obstrucción con el SO4. Na a la dosis de 40 gramos y enemas evacuantes a lo que puede agregarse rivanol o chiniosol como antiséptico en días sucesivos hasta que el agua salga clara. Régimen alimenticio hipercalórico, rico en grasas, proteínas, hidratos de carbono, pero sin residuos.

Administraremos días antes, antibióticos penicilina y estreptomicina, como así sulfamidas, dando preferencia a las no absorbibles y entre ellas la sulfatalidina con preferencia a la sulfasuxidina por su acción bacteriostática local doblemente más potente que aquella, por su menor toxicidad y porque produce menos diarreicos. Ultimamente en el "Rectal Service Memorial Hospital" se ha agregado estreptomicina por vía bucal, en dosis de dos gramos durante dos días solamente, diluida a razón de 0,25 gramos en sesenta cm3. de solución fisiológica la que se administra cada 4 horas. También emplean la estreptomicina en aplicación intraperitoneal en resecciones con anastomosis abiertas, diluyendo 2 gramos en solución fisiológica.

Si hubo contaminación además de la penicilina y la estreptomicina en el postoperatorio agregan 2,5 gramos de sulfatiazol sódico dos veces por día durante 48 horas. Es facultativa la colocación de una sonda para succión en el estómago tipo Wangenstein la que se mantiene durante la intervención y en el postoperatorio inmediato hasta que hayan cedido todos los signos de distensión abdominal. El enfermo sanatorial que no puede, ni debe ser tratado con el mismo rigor del hospitalario ofrece mucha resistencia a esta medicación, a tal punto que de sistemáticos en un principio optamos por eliminarla. Una mejor reedu-

caciòn del enfermo haria factible esta terapéutica que es corriente en el pais del norte.

CUIDADOS OPERATORIOS: Es importante el cuidado prolijo del enfermo durante el acto quirúrgico. El anestésico empleado depende de las exigencias de cada caso individual y de las preferencias del anestesista. Tener cuidado al fijar al enfermo contra la mesa de operaciones, de no aplicar vendas o compresiones de otra indole a nivel de los muslos, huecos popliteos ni talones, evitando asi el trauma nervioso y vascular y las consiguientes parestesias, nonoparesias, como a la predisposicòn a la trombosis.

Es preferible la posiciòn de Trendelenburg, porque permite que el intestino delgado desaloje la cavidad pelviana sin necesidad de aplicar compresas, con lo que se previene la formaciòn de adherencias.

Es necesario tener a mano sangre para transfundir, de la que se administra por lo menos 1000 cc. durante el curso de la intervenciòn.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS: En las primeiras 24 o 48 horas se administra oxigeno puro en alta concentraciòn por medio de la tienda o mejor de la mascara a fin de reducir la cantidad de nitrogeno previniendo asi la distension abdominal. Es una aplicaciòn util del conocimiento que los gases del cuerpo tienden a equilibrarse con los gases del torrente sanguineo; hecho comprobado experimentalmente por Fin y Banks. La distensiòn abdominal postoperatoria es desagradable y puede resultar una complicaciòn seria. Como resultado del malestar, el enfermo altera el ritmo respiratorio, el aire es deglutivo y debido a la atonia intestinal se acumula en el mismo. Ello aumenta el malestar del paciente y nuevas cantidades de aire es deglutido, creando asi un verdadero círculo vicioso de aerofagia y distensiòn abdominal.

Las tensiones parciales de los gases del intestino y de la sangre tienden a equilibrarse. Por ello el oxigeno pasa del intestino a la sangre venosa donde la tensiòn es menor. La tensiòn de nitrogeno en la sangre es substancialmente la misma que la del nitrogeno en el intestino, por lo tanto no hay pasaje del nitrogeno del intestino a la sangre. La distension puede alcanzar asi proporciones graves. Normalmente las dos unicas salidas del nitrogeno aprisionado son los dos extremos del tubo digestivo, sin embargo si se ra a respirar oxigeno puro al paciente; la presiòn parcial del oxigeno puro en los alveolos cae rapidamente. Esto hace caer tambièn la tensiòn del nitrogeno en la corriente sanguinea. Entonces el nitrogeno pasa del interior del intestino a la sangre y de alli al alveolo y disminuye asi la distension abdominal; en pocas horas el resultado es de una efectividad extraordinaria.

Se vigilara la posibilidad de que se produzca una atelectasia, a fin de tomar medidas inmediatas para combatirla si llegara a producirse. Si se sospecha la presencia de un tapon bronquial se hara sin perdida de tiempo una broncoscopia. Es de primordial importancia la realizaciòn de movimientos pasivos primero y activos despues, de los miembros superiores e inferiores para evitar la estasis venosa. Se inspeccionaran diariamente los miembros inferiores, buscando la apariciòn de sensibilidad a su nivel y se prestara atenciòn a la posible aceleraciòn del pulso sin causa aparente. Muchas veces esto solo puede constituir un anuncio de la formaciòn de un trombo venoso silencioso, si surge esta sospecha es necesario proceder con una terapeutica no expectante sino activa e incluso urgente; esto es, actuar sòbre los trastornos simpaticos, luchar contra la infecciòn que siempre esta sobrareagregada, limitar da extensiòn de la trombosis, evitar las embolias, favorecer la circulaciòn colateral y prevenir las secuelas. Se le administrara al enfermo los anticoagulantes conocidos: Heparina, Dicumarol, etc., personalmente somos partidarios de los bloqueos anestesicos simpaticos lumbares segundo ganglio en particular, Penicilina y Novocaina intrafemoral tanteando la tolerancia con esta ultima; y llegar a la ligadura de la vena femoral uni o bilateral si con esto no mejora.

BALANCE LIQUIDO: Se hara lo posible por determinar las perdidas e ingestiòn de liquidos del enfermo, que a la apreciacion grosera macroscopica, nos lo dice la humedad de la lengua y la diuresis; pero en este sentido es util la determinaciòn de las proteinas plasmaticas, de la hemoglobina y el hematocrito, mediante un mètodo sencillo, facil, al alcance de todo practico; el procedimiento del sulfato de cobre para calcular la gravedad de la sangre y el plasma, de gran auge en la ultima guerra, en especial en el ejercito de los Estados Unidos, creado por el Coronel Robert Phillips y que nuestra jerga sanatorial lo bautizamos con la abreviatura de P. H. H.

Vigilar da distensiòn abdominal administrando a partir de las 36 o 48 horas, cuando aparecen los colicos de gases, que nos indican el despertar de la motilidad intestinal; unico momento en que son utiles: los estimulantes de la fibra lisa: suero clorurado hipertonico, prostigmine, vitamina B, pitresin, etc. Administramos el purgante entre las 48 y 60 horas seguido de alimentaciòn blanda y luego general, ya se trate de una abdomino-perineal con descenso, o de una termino-terminal, pues confiamos plenamente en nuestros tres planos de sutura; a los que hemos dedicado preferente atenciòn. Ambos se levantan entre el 5.^o e 6.^o dia, alta al 10.^o dia.

Un buen preoperatorio es seguido sin dudas de exito operatorio y esta, prepara o asegura una convalecencia sin accidentes y coronadas con el mayor de los exitos.

DISCURAL



PODEROSO ANTIAMEBIANO, ANTISPASMÓDICO
e ANTIDISENTÉRICO

ANTIAMEBIANO

DIODOHIDROXIQINOLEÍNA

ANTISPASMÓDICO

PROFENAMIN

ANTIDISENTÉRICO

PECTINA

3 VALIOSAS PROPRIEDADES
FARMACOLÓGICAS EM
UM SÓ COMPRIMIDO.

No British Medical Journal de 16 de Junho de 1945, p. 831, MORTON escreve: "Diodohidroxquinoleína é dentre os derivados da oxiquinoleína, o melhor medicamento no tratamento da amebíase e constitui uma valiosa contribuição à terapêutica das formas insidiosas e das formas resistentes".

DISCURAL



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572
SÃO PAULO

A CRISE ASMÁTICA

SUAS ARMAS TERAPÉUTICAS

FILINASMA 

NOVADREN 

A terapêutica da crise asmática está condicionada ao conhecimento de seu substrato anatômico e de sua fisiopatologia.

1.º) SUBSTRATO ANATÔMICO

Resumidamente verifica-se um edema das paredes bronquicas; "a urticária da mucosa bronquial" (Clearf).

2.º) FISIOPATOLOGIA

Bronco-espasmo com manifestações hipercolinérgicas que se traduz pela dispneia paroxística bem conhecida.

Diante do quadro dramático em que se encontra o asmático em crise, deve-se lançar mão de uma terapêutica rapidamente eficiente. Dispõe-se atualmente de uma substância a isopropil-nor-adrenalina, conhecida sob o nome de NOVADREN, que realizará uma bronco-dilatação intensa e quasi instantânea, verificando-se o alívio do doente ao cabo de poucos segundos. O NOVADREN será administrado em inalações ou em comprimidos de absorção peringuinal.

A eupneia obtida com NOVADREN será infelizmente, em certos casos, pouco duradoura. Convém logo após, estabelecer um estado refratário ao desencadeamento de novo acesso. Dispõe-se para este fim o FILINASMA, que, por seus elementos bronco-dilatadores, antialérgicos, vagolíticos, simpaticotônicos e sedativos, conseguirá não só abortar a crise asmática, mas também, evitar seu reaparecimento por longo tempo. Numerosos são os doentes que conseguem manter-se em eupneia após o uso prolongado de FILINASMA.



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572

SÃO PAULO

Câncer do coto gástrico *

Dr. Eurico Branco Ribeiro
Diretor do Sanatório São Lucas

E', por certo, ocorrência pouco encontradiça a eclosão do câncer num coto de estômago parcialmente ressecado por lesão não cancerosa. Mesmo em casos operados por úlcera gástrica — lesão sem dúvida predisponente para o desenvolvimento da degeneração neoplásica, pelo menos em ponderável porcentagem de casos — o aparecimento tardio de um câncer não constitue fato assinalado em toda estatística de cirurgia gástrica.

O aparecimento precoce em tais casos — nos primeiros meses do posoperatório — leva-nos sempre a duvidar do diagnóstico de úlcera, em favor da existência de uma lesão blastomatosa incipiente ou de uma cancerização recente da moléstia benigna já na época da intervenção cirúrgica.

O desenvolvimento tardio pouco frequente encontra sua justificativa no fato de geralmente o câncer ter seu início na parte motora do estômago, que é retirada na ressecção. E' sabido que são raros os casos em que a moléstia se inicia ao nível da cúpula ou da parte superior da grande curvatura do estômago. Restam os casos, aliás de incidência não muito pequena, em que o tumor maligno se instala na cardia ou imediações. Seriam desse tipo, em sua grande maioria, os casos de câncer do coto gástrico.

Mas o que a literatura nos apresenta é justamente uma incidência preferencial para a região da neoboca. Isso nos conduz a duas ordens de interpretação: ou a afecção traduz uma reincidência local de lesão cancerosa já existente no estômago à época da ressecção ou a região da nova boca oferece condições propícias para a eclosão do câncer. Ora, si o câncer do coto foi tardio, justo será acreditar que a localização na boca anastomótica depende de um clima local predisponente. Si no estômago o câncer costuma aparecer nas partes mais agitadas pelo peristaltismo, portanto sujeitas a um maior atrito, o qual irrita as células e desencadeia a sua orgia biológica, também podemos pensar que um hiperperistaltismo do jejuno ao nível da anastomose seja ca-

* Comunicação feita ao Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões em 20 de abril de 1950.

paz de despertar o aparecimento do câncer na mucosa marginal do estômago, muito mais sensível que a do delgado às suas ainda para nós muito misteriosas solicitações.

Apezar dessa preferência de localização, afirma Otto Visintin que "a implantação de um carcinoma primitivo no coto gástrico, sobre o anel anastomótico gastro-jejunal, é indubitavelmente uma das eventualidades mais raras. Essa afirmativa baseia-se no resultado de uma pesquisa bibliográfica recente (1949) que apurou um total de apenas 10 casos, inclusive o desse autor. En-



Fig. 1 — Caso 1. Gastro-duodenostomia à Billroth I; vêm-se as alças delgadas à direita, indicando um mesentério comum

tretanto, citando apenas um caso norte-americano, deixa-nos Visintin a suposição de que não levou em consideração os casos de úlcera jejuo-gástricas cancerizadas, visto que, ultimamente, vários autores têm assinalado uma frequência relativamente alta de cancerização em úlcera marginal posoperatória e nós mesmo, no ano passado (1949), tivemos a surpresa de encontrar lesão cancerosa em dois casos levados à mesa operatória com o diagnóstico de úlcera jejunal, em ambos havendo uma cratera anormalmente grande. Em seu livro sobre "O estômago operado", Vidal Colomer e Romero Calatayud assinalam que a transformação neoplásica "...pode ocorrer nos gastrectomizados por degeneração

da úlcera péptica da boca anastomótica ou do jejuno, si bem soe ser rara".

Mas si deixarmos de lado os casos em que o câncer surgiu na boca anastomótica, os restantes do coto gástrico devem constituir, de fato, raridade digna de ser assinalada. Está nesse pequeno número o caso relatado no livro de José Maria Oviedo Bustos, em que havia um câncer do coto na pequena curvatura além de uma úlcera jejunopeptica da alça eferente.

E, já que estamos pondo em realce a questão de raridade, vale a pena referir os dados concatenados por Visintin a respeito



Fig. 2 — Caso I. O intestino grosso acha-se à esquerda, com cíco e ascendente distópicos

da incidência do câncer nos casos que sofreram gastro-jejunostomia por úlcera, considerados por todos como aqueles mais favoráveis à eclosão de lesões malignas. Pois bem, si em 1940, Milone só havia recolhido 13 casos publicados e apresentava mais 2, em 1947 concluía o autor italiano que não passavam de 23 "os casos descritos de carcinoma primitivo da anastomose de uma gastro-enterostomia". Convém notar que numa estatística recente (1946) de 234 gastro-jejunostomias por úlcera Christian Bruusgaard encontrou nada menos de 4 casos de câncer, enquanto que se elevou a 3 o número de casos de câncer do coto gástrico em 364 ressecções.

Isso nos faz crer que a raridade da incidência do câncer gástrico nos doentes operados por úlcera não seja assim tão restrita como assinala Visintin. Confirma esse ponto de vista o estudo recente (1946) de Van Goidsenhoven, Appelmans e colaboradores, que em 17.500 operados de seus serviços, descobriram 3 casos de câncer do coto em doentes ressecados 13, 10 e 7 anos antes por moléstia ulcerosa.

Devemos concluir, pois, que, si a literatura é escassa sobre o assunto, isso decorre de não se ter feito uma revisão mais am-



Fig. 3 — Caso I. Evidencia-se a formação de um pseudoesfincter ao nível da gastro-duodenostomia

pla no fichário dos serviços especializados, o que se fará no dia em que um congresso internacional colocar na sua agenda, como tema oficial, o problema da cancerização do coto gástrico.

Do ponto de vista clínico, acentua José Oviedo Bustos que a sintomatologia se aproxima àquela da úlcera jejunal posoperatória, sendo evidente, entretanto, o diagnóstico de malignidade na fase obstrutiva mais avançada da moléstia, quando os fenômenos consuntivos se tornam evidentes e naturalmente despertam a atenção do clínico (emagrecimento, anemia, anorexia etc.).

Quanto ao aspecto radiológico, este também oferece grandes dificuldades de interpretação no início das lesões e mesmo quando

elas já estão mais avançadas nem sempre é fácil diferença-las das lesões provocadas por úlceras ou das imagens provocadas por invaginações de mucosa exuberante e edematosas, como bem salienta Fr. de Witte, ao dizer que se trata de "um diagnóstico particularmente delicado".

Isso tudo redonda em desfavor do doente, que, afectado de moléstia grave e diante das dificuldades de um diagnóstico precoce, geralmente chega ao cirurgião quando já não há mais recurso curativo para a sua penosa situação.



Fig. 4. — Caso I. Presença de um pseudo-esfínter ao nível da anastomose

Foi o que nos causou dissabor nos casos que a seguir resumimos e que deram motivo às considerações que acabamos de fazer.

Observação I. — J. S. L. 50 anos, B, casado, português, motorista, residente nesta capital. Em 1921 foi operado de peritonite apendicular, sendo feita apenas a drenagem da cavidade; o apêndice foi removido em 1932, apresentando-se com paredes espessadas e impregnadas de eosinófilos. Depois de vários anos de sofrimento gástrico, procurou-nos para tratamento cirúrgico de uma úlcera duodenal suspeitada em dois exames radiológicos. A história clínica, entretanto, não apresentava os característicos típicos de lesão bulbar, mas assinalava asia e vômitos por temporadas, raramente sialorréia, dôres que se propagavam para o torax e para a região lombar esquerda, sendo que os períodos de peora

nas 24 horas coincidiam com achar-se vazio o estômago. Pedimos um novo exame radiológico, feito pelo dr. Cabelo Campos, que apenas encontrou espessamento da mucosa gástrica. (30-12-1936).

Passados cinco meses de tratamento, como persistissem os sintomas e houvesse dois exames radiológicos anteriores acusando úlcera duodenal, resolvemos levar o paciente à mesa operatória. A intervenção foi por nós realizada no Sanatório Santa Catarina a 28 de maio de 1937, tendo como assistente o dr. João Noel von Sonnleithner (operação n.º 5.664, sob anestesia loco-regional com neotutocaina). Aberto do ventre não encontramos úlcera, mas uma hipertrofia em anel do antro pilórico, justificando o sofrimento do nosso doente. O programa era realizarmos uma

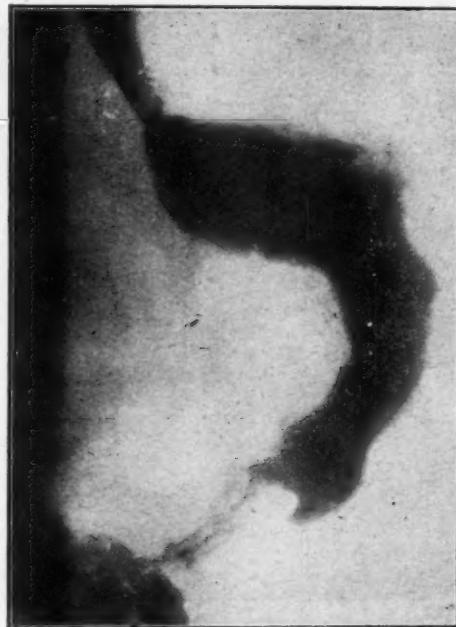


Fig. 5 — Caso I. Coto gástrico rijo, ligeira dilatação da porção terminal do esôfago, mucosa duodenal não invadida pelo tumor

gastro-duodenectomia parcial à Reichel-Polya. Entretanto fomos forçado a mudar de orientação, quando, depois de ligado e invaginado o coto duodenal, não conseguimos encontrar a alça jejunal, apesar de uma pesquisa que durou cerca de 20 minutos, durante os quais nos perdemos num emaranhado de alças delgadas e aderências do abdome inferior, anteriormente acometido de peritonite. O recurso foi desfazer o fechamento do coto duodenal e proceder a uma gastro-duodenostomia à Billroth I. Durante a pesquisa do jejunum encontramos e ressecamos um divertículo de Meckel sem sinais de inflamação.

O doente suportou bem a intervenção e retirou-se do Hospital em boas condições.

Dois anos e meio depois procurou-nos acusando estufamento pos-prandial e dôres vagos pelo ventre. Não sofria mais de ásia, de arro-

tos nem de vômitos, que o molestavam antes da última operação. Mandamos fazer um exame radiológico do trânsito intestinal e tivemos, então, a surpresa de verificar que o paciente era portador de um mesentério comum, o que, sem dúvida, nos havia dificultado ainda mais a pesquisa infrutífera da alça jejunal.

Medicado nessa ocasião, passou bem durante cinco anos, voltando a nos procurar em maio de 1944, sete anos depois da gastro-duodenectomia parcial, por apresentar flatulência e pontadas no hipocôndrio direito. Nada tinha para o lado do estômago, senão às vezes arrotos, alimentando-se muito bem. Mandamos fazer uma reação de Wassermann (negativa em 30-5-44) e um novo exame radiológico do trânsito digestivo, que

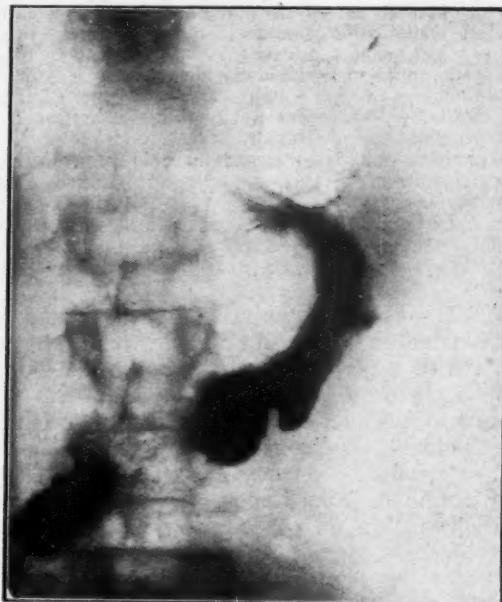


Fig. 6 — Caso I. Coto gástrico de luz reduzida pela invasão tumoral de suas paredes

confirmou a existência do mesentério comum e mostrou a formação de um pseudo esfínter ao nível da gastro-duodenostomia bem funcional (2-6-1944).

Passaram-se mais cinco anos e meio em que o paciente não tivera motivos para procurar médico, mas agora (9-11-1949) voltou à consulta com queixas alarmantes, embora recentes: de cerca de 1 1/2 mês, havia piorado de má digestão que o acometeira ultimamente, acompanhada de emagrecimento progressivo (de 67 kilos passou a pesar 61,600 grs.), anorexia, dor no epigástrico logo após a ingestão de alimentos, principalmente quando toma água.

O exame radiológico feito em novembro de 1949 pelo dr. Cabelo Campos confirmou a suspeita clínica: havia um câncer no coto gástrico ("estômago gastrectomizado e reduzido a uma pequena bolsa, de aspecto afunilado e paredes ríjas, com falhas de enchimento na sua porção

mais inferior e do lado da grande curvatura; boca anastomótica alargada, dando passagem ao contraste de modo contínuo".

Novo exame feito 34 dias mais tarde pelo dr. Cássio Vilaça, mostrou "quadro radiológico de blastoma fibroso interessando todo o corpo gástrico: redução de calibre, pequenas erosões da mucosa, ligeira resistência palpável; esvaziamento normal pela anastomose". O exame das chamas radiográficas mostrou que não se achava interessada a mucosa do duodeno e que o esôfago já apresentava um certo grau de dilatação.

O paciente foi internado no Sanatório São Lucas. Apresentava-se anêmico (3.740.000 hemácias e 72% de hemoglobina) e com deficiência de cloretos, cujos índices se achavam reduzidos a menos de 1/3 do normal (cloro plasmático 110 mgr. %, cloro no sangue total 85 mgs. %, cloro globular 47 mgs. %).

Operação n.º 17.380, em 17 de dezembro de 1949, sob narcose com ciclopropano-eter, tendo como auxiliar no campo operatório o dr. José Saldanha Faria. Verificamos a existência de u/a massa tumoral no hipocôndrio esquerdo, dura, multilobulada, firmemente aderida aos planos vizinhos. Limitamo-nos a fazer uma alcoolização perigástrica, nas proximidades da cardia, e a proceder a uma biópsia, retirando um gânglio infiltrado das proximidades do tumor.

O exame anatomo-patológico executado pelo prof. Carmo Lordy revelou "adenocarcinoma metastático em gânglio linfático e no epiploon" (22-12-1949).

O paciente ficou livre de suas dores, mas continuou com vômitos e anorexia, baixando o seu peso para 55.200 grs. em 14-4-1950 e para 54.150 em 17-4-1950. Faleceu em caquexia a 16-5-1950.

Comentários. — O caso que sucintamente relatamos é, talvez, o primeiro assinalado na literatura em que se deu a cancerização de um coto gástrico depois de ressecção provocada por hipertrofia em anel da musculatura do antró pilórico.

Esta condição mórbida é ainda mal conhecida entre nós. Tivemos a oportunidade de chamar para ela a atenção dos nossos especialistas em trabalho apresentado em 1934 à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e em que formulavamos esta medrosa pergunta: "tratar-se-á de uma nova moléstia do estômago?" Verificamos, depois, que realmente se tratava de um aspecto particular da patologia gástrica, mas que não era uma nova moléstia, pois que figurava em capítulo especial do livro "Cirurgia Gástrica" de Manoel Corachan, também editado em 1934, mas que só chegou às nossas mãos em janeiro de 1936. Tratava-se nada mais nada menos do que a chamada "estenose hipertrófica do piloro no adulto", já assinalada por Landerer em 1879.

No caso presente há a concomitância de várias condições dignas de registo: o divertículo de Meckel, o mesentério comum, a peritonite de origem apendicular, mas, sem dúvida, nenhuma delas teve influência na eclosão do câncer do coto gástrico.

Vale assinalar, também, a conduta que seguimos de proceder à alcoolização peritumoral, no empenho de fazer cessar ou pelo menos diminuir muito a dor decorrente das lesões inextirpáveis.

Neste caso, o paciente foi suportando a evolução de sua moléstia sem ter tido a necessidade de usar entorpecentes, senão nos últimos dias de vida.

Intermedina



Caso L. S., brasileira, branca, 19 anos.

Exame geral e endócrino: nada de anormal.

Diagnóstico: Vitiligo.

Tratamento: aplicações intradermicas de
INTERMEDINA "ENDOCHIMICA"

O mesmo caso, alguns meses após o tratamento.

Vê-se a repigmentação perfeitamente normal da pele, não havendo zonas de hiperpigmentose.



SOLUÇÃO INJETÁVEL DE
INTERMEDINA - ENDOCHIMICA
BIOLOGICAMENTE ESTANDARTIZADA

Tratamento do Vitiligo e outras Hipocromias cutâneas
oriundas de uma hipofunção hipofisária.

Injecções intracutâneas, subcutâneas e por meio de ionisação.

Caixas com 10 ampolas de 1 cm³

Venda sob receita médica.

IND. FARM. ENDOCHIMICA S. A.
SÃO PAULO

Observação II. — G. B., 47 anos, masculino, B, casado, espanhol, sinalizador da Estrada de Ferro Sorocabana, residente em Sorocaba.

Depois de 3 anos de sofrimentos gástricos, em que se salientavam dôres tardias em forma de queimação que cediam com a ingestão de alimentos, para voltarem 2 a 3 horas mais tarde, foi por nós operado no hospital da Beneficência Portuguesa, em 29 de junho de 1936, com o diagnóstico radiológico de úlcera duodenal.

Operação n.º 4.768, sob anestesia loco-regional com Scurocaina a 0,5%, na quantidade de 60 cc. Auxiliou-nos no campo operatório o dr. Nelson Rodrigues Neto. Incisão paramediana, pararretal interna direita. Aberto o peritônio, encontrou-se uma cicatriz esbranquiçada na face anterior do bulbo duodenal. Fez-se infiltração anestésica no pe-



Fig. 7 — Caso II. Radiografia obtida 11 meses antes do falecimento do doente, não indicando sinais da moléstia

queno epiploon. Ligadura e secção parcelada do grande e do pequeno epiploon e isolamento do bulbo duodenal. Ligadura e secção do duodeno, seguindo-se invaginação do coto em bolsa previamente preparada. Pesquisa da alça jejunal através de brecha feita no mesocolo transverso. Fixação do lábio esquerdo da brecha à face posterior do estômago. Ressecção gástrica seguida de gastro-jejunitomia transmesocólica termino-lateral em três planos de sutura. Fixação do lábio direito da brecha do mesocolo à face anterior do estômago. Fechamento da cavidade por planos, colocando grampos de Michel na pele. Duração do ato cirúrgico 1, h 22½ m.

A peça ressecada media 14 cms. na pequena curvatura e 26 cms na grande curvatura; o duodeno foi seccionado um pouco abaixo da úlcera; mucosa gástrica edemaciada e vinhosa. Úlcera na face anterior do duodeno, medindo 8 mm. de diâmetro, acompanhada de decalque

na face posterior do bulbo, medindo cerca de 4mm. ambas situadas a 2 cms. do piloro.

Decurso posoperatório sem anormalidades.

Em 24-7-1947 compareceu ao consultório em crise de bronquite asmática. Um mês mais tarde voltou à consulta contando que sentia dor no abdome após comer e que vomitava quando fazia refeição frugal. Foi então solicitado um exame radiológico, assinalando em 19-8-1947 o relatório firmado pelo dr. Manoel de Abreu Campanário "bom funcionamento da boca anastomótica, ausência de sinais de lesão orgânica e dilatação das alças do jejuno (enterite)".

Em 19-2-1948 o exame clínico assinalou "colos dolorosos". Em 4-6-1948 voltou o doente à consulta queixando-se de sialorréia e vômitos aquosos. Um exame radiológico da vesícula biliar concluiu por tratar-se de "colesterolite crônica e estase vesicular", em virtude de se apresentar muito mal contrastada a vesícula e de não se contrair convenientemente.

Como o doente estivesse peorando gradativamente, foi internado no Sanatório São Lucas em 19 de julho de 1948. Contava que sua moléstia datava de cerca de um ano e meio, em agravamento constante, que se acentuou nos últimos tempos, com vômitos frequentes. Apresentava abdome distendido, timpânico e deprimível, acusando dores em ambos os hipocôndrios. Ascite ligeira. Torax enfisematoso, percebendo a escuta roncos e sibilos. Coração em boas condições. Pressão arterial 120-82; pulso a 68 por minuto. Hemacias 4.520.000 por mm3. Leucócitos, 10.800 por mm3. Taxa de hemoglobina 85%. Tempo de coagulação 7 minutos, tempo de sangramento, 2 minutos. Urina ácida sem acetona nem elementos biliários, acusando o exame do sedimento raros leucócitos, filamentos de muco e raras hemácias. Reserva alcalina 56,5%. Laparotomia verificadora em 22-7-1948. Op. n.º 16.140, sob anestesia raqueana com Scurocaina a 5%. Cirurgião, dr. Eurico Branco Ribeiro; auxiliar, dr. Osias dos Santos Filho. Aberto o peritônio, verificou-se extravasão de regular quantidade de líquido citrino. Nódulos metastáticos no retroperitônio; outros menores esparsos pelo mesentério. Nódulo metastático de maior proporção que os demais, situado no meso do jejuno, cujas paredes se apresentavam espessadas. Biopsia. Fechamento do peritônio por planos, saturando-se a pele com sêda.

Bloco maior junto ao ascendente. Estômago e anastomose gastrojejunal completamente tomados por um tumor rijo, de superfície irregular, fixo nos planos profundos. Inexistência de metastases no fígado.

O exame anatomo-patológico evidenciou "metastases de carcinoma no mesentério" (Dr. J. R. Meyer, em 22-7-1948, n.º 9.705).

O óbito letal deu-se no 5.º dia do posoperatório.

Comentários. — Neste caso o câncer do coto gástrico foi positivado 12 anos depois de uma ressecção praticada por úlcera duodenal. A evolução durou cerca de um ano e meio, não tendo o exame radiológico efetuado 11 meses antes da morte revelado a existência das lesões iniciais já então presentes, conforme faz supor a história clínica do doente. Esse exame negativo, acrescido de outro exame radiológico indicativo de uma vesícula doente, fez com que não tivéssemos feito o diagnóstico preoperatório da grave condição mórbida. Assim, como documentação do caso apenas podemos apresentar a descrição do ato da laparotomia verificadora, mais o resultado do exame anatomo-patológico de fragmentos de epiploon com metastases.

Ao encerrar este trabalho, vale a pena recordar a ocorrência inversa — o aparecimento de úlcera em doente curado de cancer por meio de ressecção ampla — fato que foi recentemente assinalado por Allen Wilkinson na Clinica Lahey.

AUTORES CONSULTADOS

- BRUUSGAARD (Christian) — "The operative treatment of gastric and duodenal ulcer", Oslo, 1946.
- BUSTOS (José Maria Oviedo) — "Ulcera gástrica y duodenal", El Ateneo, Buenos Aires, 1938.
- GOIDSENHOVEN (F. von), APPELMANS (R.), HENDRICK (M.), JOOSSENS (J. V.), VULYSTEKE (Ch. A.), e STAESSEN (A) — "Les suites éloignées de la gastrectomie subtotale du point de vue clinique", — Acta Gastro-Enterologica Belgica, IX, 254, junho de 1946.
- RUCKENSTEINER (Ernst): "Ueber das Krebsvorkommen in Mägen die wegen gutartiger Erkrankung operiert worden sind", Acta Gastro-Enterologica Belgica, XIII, 142, fevereiro de 1950.
- VIDAL-COLOMER (E.) e COLATAYUD (Romero) — "El estomago operado", Salvat, Barcelona, 1946.
- VISINTIN (Otto) — "Carcinoma primitivo della anastomosi gastro-digiale dopo gastrectomia per ulcera duodenale", Minerva Chirurgica, IV, 545, 1.º de outubro de 1949.
- WILKINSON (S. Allen): "Ulcer following carcinoma of Stomach" The Lahey Clinic Bulletin, VI, 167 outubro de 1949.
- WITTE (Fr. De) — "Les suites précoces et tardives de la gastrectomie du point de vue radiologique", Acta Gastro-Enterologica Belgica, IX 303, junho de 1946.

Rheuphan

Ácido phenylcinchonico 4/5
Excipiente 1/5

Poderoso eliminador do ácido urico. Eficaz contra reumatismo articular e muscular e de ação benéfica na gola, mesmo no período agudo.

1 A 2 COMPRIMIDOS 3 A 4 VEZES POR DIA, DEPOIS DAS REFEIÇÕES

Química e fisiologia: O RHEUPHAN transforma-se no organismo, inicialmente, em ácido oxifenilcinchonico e depois em ácido piridincarbonico.

Propriedades: O RHEUPHAN incrementa notavelmente a eliminação do ácido úrico. Sua eficácia é devida especialmente ao aumento forte do metabolismo das purinas, que provoca. Importante é também sua ação anti-pirética, analgésica e anti-histogistica.

LABORATORIO "LUIZ PEREIRA BARRETO"
FARMACÉUTICO QUÍMICO - ARNALDO LOPES

RUA ALVES GUIMARÃES, 630 — SÃO PAULO

SULFTALIL



Quimioterapia intestinal

Muito mais atóxico e ativo que a sulfaguanidina e o succinilsulfatiazol, o SULFTALIL é o passo mais avançado na quimioterapia das infecções gastrintestinais.



— A marca de confiança —

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA, em 5 de dezembro de 1949

Presidente: Dr. Afonso Sette Junior

A psicoterapia moderna: técnica não psicanalítica, ainda que de inspiração psicanalítica nalguns casos. Referências clínicas e estatísticas.

— Dr. Edmür de Aguiar Whittaker. — A psicoterapia, sob várias formas, tem guarida no arsenal terapêutico dos nossos especialistas. Entretanto, devido ao dinamismo dos seus adeptos, prepondera o culto à análise ortodoxa. Mesmo na literatura paulista não se encontram referências à análise distributiva, método formulado por Adolf Meyer e que, no dizer de Levine, pela sua maior simplicidade, torna-se aplicável a amplo número de pacientes. Por outro lado, a orientação eclética americana não se refere simplesmente a uma justaposição de conceitos doutrinários e práticos mas, até certo ponto, realiza uma síntese de várias correntes, inclusive inspi-

rando-se mais ou menos largamente na psicanalise. Eis o que parece de molde a aumentar o seu interesse. Também, certas idéias de autores europeus assumem grande importância e delas se pode utilizar.

No âmbito da que podemos denominar Psiquiatria "menor" a orientação eclética predomina, sendo melhor representado o pensamento médico neste setor pela chamada Escola Americana de Psiquiatria.

Não se deve esquecer que ainda nenhuma fórmula — química, fisiológica, neurológica ou psicológica — pode explicar todos os fenômenos observados nos distúrbios da personalidade que denominamos doenças mentais. Devemos nos lembrar que muitas de nossas dissertações sobre o inconsciente, lesões orgânicas e perturbações químicas são ainda hipó-



Laboratorio de HORMOTHERAPIA

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462
Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º

Hormostricinino Masculino

Solução de 0,001 grama de sulfato de estriquinina em 1 c.c. de Sóro Hormônico Masculino.

Indicado nas astenias e nas fraquezas medulares, esgotamento nervoso, fadiga intelectual, etc.

DOSSES: UMA EMPOLA DIARIAMENTE OU EM DIAS ALTERNADOS

Hormostricinino Feminino

Solução de 0,001 grama de sulfato de estriquinina em 1 c.c. de Sóro Hormônico Feminino.

téticas. A psicanálise ortodoxa continua tendo os seus cultores, mas em Norte América observa-se um grande labor evolutivo (e simplificador) no domínio da prática e sobre tudo da terapêutica psicanalítica. A classificação das neuroses é objeto de justas críticas, não se estabelecendo um critério satisfatório: a tendência é de chegar-se a um diagnóstico do casos em termos dos problemas individuais básicos.

A psicoterapia não psicanalítica pura se impõe em largos setores entre os práticos de Psiquiatria, orientando-se eles para métodos menos dogmáticos, mais simples, rápidos e perfeitamente eficientes. Assume grande desenvolvimento a chamada medicina psicosomática, matéria pertinente às psiconeuroses, em conexão com manifestações físicas, os seus vários estados sistematizados de acordo com os aparelhos e sistemas orgânicos. As várias escolas especializadas de Psiquiatria, sobretudo a psicanalista, têm influenciado grandemente a doutrina e prática no âmbito das neuroses e personalidades psicopáticas.

No trabalho apresentado o autor focalizou os seguintes pontos: conceito das neuroses, sua classificação, diagnóstico, etiologia geral, categoria de sintomas. Concluiu dizendo que as considerações apresentadas constituem idéias e noções parciais tiradas de trabalho de sua autoria, a ser publicado em breve, sob o título: *Psiquiatria*.

“menor” (Revisão crítica dos conhecimentos básicos atuais, para fins práticos. Roteiro de estudo).

Moderna doutrina das psiconeuroses e personalidades psicopáticas. Influência da psicanálise numa orientação não psicanalítica prevalente (psicofisiológica). — Dr. Edmundo de Aguiar Whitacker. — O autor, depois de fazer várias considerações acerca do tema, preconizando os processos psicoterápicos modernos, menos prolongados e onerosos que a psicanálise ortodoxa apresentou algumas observações e estatísticas, concluindo que 86,57% dos casos tratados obtiveram bons resultados, durante em média o processo terapêutico 3,5 meses. Os insucessos (13,51%) decorreram de dificuldades internas ou externas de adaptação no tratamento.

Considerações sobre a medicação de um caso de afasia motora — Dr. Antonio Branco Lefèvre. — Foi apresentado um caso de afasia pós-traumática em um homem, alemão, com 58 anos de idade. A afasia se incluia no grupo das afasias amnésticas de Pitres. Como sintoma principal foi assinalada a perda da língua materna. A reeducação foi feita segundo a técnica aconselhada por Ombredane, baseada na interpretação jacksoniana do distúrbio. O paciente foi tratado durante 5 anos. Foi apresentado o registro sonoro e gráfico das atuais condições da linguagem, palavra e grafia.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL, em 6 de dezembro de 1949

Presidente: Prof. João Alves Meira

Educação e saneamento das populações rurais do Estado de São Paulo — Dr. Eduardo de Souza (convidado) — O autor procurou demonstrar que, do saneamento e educação das populações rurais, resultaria a elevação do nível de vida dessas populações, promovendo a riqueza e o bem estar de todos quantos labutam nas zonas rurais. Focalizou as vantagens re-

sultantes para os médicos rurais: elevação de vida cultural do médico rural, remuneração condigna, trabalho de equipe. Prevê o desenvolvimento da Biblioteca Médica Brasileira, pelo sistema de colaboração, facilitando a publicação de tratados sobre as diversas especialidades médicas. Como solução, aconselhou a criação, na sedes de municípios do Estado de São

Paulo, de: 1) centros de medicina preventiva; 2) centros de medicina preventiva especializados; 3)° escolas práticas de agricultura. Apresentou uma série de providências para instalar e manter esses serviços, chegando à criação da Universidade Rural e de Institutos super-especializados: doenças tropicais, cardiologia, psicanálise, etc. Terminou pedindo a atenção da Associação Paulista de Medicina, para o assunto.

Comentários — Prof. Samuel B. Pessoa: É difícil discutir o assunto. Para isso, será necessário ler o trabalho com atenção; tenho a impressão, entretanto, de ser um pouco idealista. Sugiro à casa que o assunto apresentado pelo autor sirva de tema a uma das próximas sessões.

Dr. José Lima Pedreira de Freitas: Saliento o prazer que sinto de rever o autor, a quem conheci quando o mesmo clinicava em Arceburgo. Nessa localidade o Dr. Eduardo de Souza tentou organizar uma cooperativa, a qual infelizmente não foi adiante. O plano atual se apresenta de maior amplitude do que se pretendeu levar a efeito naquela época. Julgo que as médias propostas, se bem que idealistas, apresentam certo cunho prático. Julgo interessante a proposta do Prof. Samuel B. Pessoa de que o assunto seja considerado como tema para ulterior discussão.

Dr. Mauro Pereira Barreto: Realmente, o trabalho possui algo de prático e merece ser apresentado

como um tema. Para tanto, propõe que se fixe uma data.

Dr. Aranha Campos: O trabalho demonstra estudo longo e apurado de saneamento. Nota-se no mesmo a citação frequente da palavra centro. Nesse plano poder-se-ia introduzir um serviço itinerante efetuado por equipes. Resalto que nos nossos serviços de saúde pública há tendência constante de se fazer assistência de caráter estático, promovida por centros. Julgo que essa deveria ser também volante, indo onde está o doente. Com alguns funcionários abnegados que não percebiam diárias, fiz, durante anos, assistência volante a doentes de leishmaniose e buba.

Dr. Samuel B. Pessoa Ressalto que o Departamento Nacional de Saúde já possui vários serviços volantes para o tratamento de verminose e tracoma. No Nordeste, o Dr. Barcas Pelon trabalha com equipes itinerantes.

Dr. Mauro Pereira Barreto Pondero que essa questão de denominação não tem importância; o centro é apenas um ponto de onde se irradiam as atividades, que podem atingir lugares longínquos.

Dr. Aranha Campos: Respondo aos dois últimos comentários dizendo que não ignoro a existência desses serviços volantes; mesmo no Estado de São Paulo, o Serviço de Profilaxia da Malaria, o Serviço do Tracoma e do Departamento da Criança as possuem. Quis focalizar apenas que, no trabalho do autor, eles não haviam sido incluídos.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, em 12 de dezembro de 1949

Presidente: Dr. Jacob Renato Woiski

Odontologia e Pediatria — Dr. Alfredo Reis Viegas — O confrere expôs, inicialmente, qual o conceito atual de cárie, dentária, salientando a ação do flúor através da água. Falou sobre a aplicação tópica do flúoro de sódio e a redução na incidência de cárie através desse método (40%). Abordou os estudos de Kessel só-

bre o fosfato bibásico de amônia e uréia, evidenciando a ação desses elementos sobre o lactobacilo acidófilo, o único aceito como responsável pela formação de cárie. Salientou a época em que a criança deve iniciar o tratamento de seus dentes (2 ½ anos) e qual as vantagens decorrentes desse cuidado. Chamou a atenção para cer-

tos hábitos musculares anormais que afetam a harmonia das arcadas dentárias. E, por último, mostrou

o que ocorre nos casos em que há obstrução do nariz, nasofaringe e respiração bucal.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, em 29 de dezembro de 1949

Presidente: Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto

Plástica em Z — Dr. Victor Spina — O autor, depois de justificar o estudo da plástica em Z, fez considerações de ordem geral sobre as possibilidades de aplicação e real aproveitamento de método. Descreveu a técnica, a anestesia e as complicações. Indicou o processo como medida profilática e curativa; nesta última, em determinados defeitos congênitos e correção de cicatrizes retraidas adquiridas. Considerou de grande valor o estabelecimento prévio do

plano cirúrgico e exame cuidadoso da região interessada. Nas zonas com vitalidade duvidosa, recomendou o recurso da autonomia. Procurou não fazer distinção entre a técnica em Z e a técnica de Morestin, porque considera esta como variante daquela. Acentuou a importância do emprego da técnica na dissimulação de cicatrizes, nos desvios de órgãos ou partes moles, no nivelamento de cicatrizes deprimidas e na transposição de certas lesões.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, em 13 de dezembro de 1949

Presidente: Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto

Estado atual do tratamento da tuberculose pulmonar — Dr. Benedito José Fleury de Oliveira — O autor se propôs a falar sómente sobre a patogenia da caverna tuberculosa, porque o tema geral se refere ao tratamento cirúrgico da moléstia e o ambiente e de cirurgiões. Em relação aos aspectos patogênicos da caverna tuberculosa, lembrou os dados anátomo-patológicos mais importantes do granuloma, da caseificação, da líquefação, da drenagem e eliminação. Salientou o papel fundamental do brônquio de drenagem na evolução ulterior do foco caseoso. Explicou a aspiração à distância e localização de novos focos, sempre relacionados com o brônquio de drenagem. Descreveu o aspecto anatômico da cavidade residual, referindo-se à importância do "halo" claro na periferia da caverna-foco de alvéolos atelectasizados, elemento importante no mecanismo de fechamento das cavernas. Insistiu, mais de uma vez, sobre o importante papel desempenhado pelo brônquio de drenagem em relação à caverna e explicou a evolução dessas cavernas para a cura total, cura aparente e

recidiva inevitável, mesmo com os processos de tratamento colapso-terápico; demonstrou, radiologicamente, essas diferentes fases de uma cavidade tuberculosa. Essas fases de cura total, cura aparente e recidiva se explicam, em parte, pelo mecanismo valvular existente no brônquio de drenagem.

Correlação clínico-radiológica da tuberculose pulmonar — Dr. M. A. Nogueira Cardoso — O autor ressaltou o papel do brônquio de drenagem no aspecto atual da lesão tuberculosa, bem como os focos de aspiração encontrados nas vizinhanças ou no pulmão contralateral, corroborando, assim, os fatos e dados explanados pelo conferencista anterior. Estabeleceu, assim, o conceito de tuberculose exsudativa e fibrosa e sua interpretação anátomo-clínica e radiográfica. Quanto aos aspectos polimorfos das radiografias da tuberculose pulmonar, documentou as diversas formas da moléstia, localizadas nos diversos campos pulmonares: ápice, base e parte média do pulmão. Com referência às cavernas, demonstrou e documentou a importân-

Proteção

 **TRANSPULMIN**


nas gripes e resfriados

TRANS PULMIN

Solução oleosa à 3% de quinina básica, cânfora e óleos etéreos.



Para a quininoterapia parenteral e indolor das afecções inflamatórias das vias respiratórias:

Gripe, bronquite aguda e crônica, pneumonia, bronco - pneumonia, bronquiectasia, abcesso pulmonar, etc.

Profilaxia da pneumonia post-operatória.

APRESENTAÇÃO:

Caixa com 3ampolas de 1,2 cm ³					
"	"	6	"	"	"
"	"	12	"	"	"
"	"	75	"	"	"
"	"	250	"	"	"



•
Farmaco Ltda

Rua Dom Gerardo, 42 - 2.º

TELEFONE 23-2610

CAIXA POSTAL 3107

RIO DE JANEIRO

cia fundamental da localização anterior e ulterior dada pela planigrafia, o que será de valor na escolha do tratamento colapsoterápico cirúrgico. Balanceou bem a importância do estudo planigráfico do pulmão e seus resultados, por vezes negativos, demonstrando com radiografias alguns casos considerados sem cavidades, com os cortes clássicos, e que revelaram cavernas em cortes com outras inclinações. Teceu, por fim, considerações relacionadas com a cura da moléstia, seja espontânea, seja após tratamento cirúrgico colapsoterápico.

Indicações cirúrgicas do tratamento da tuberculose pulmonar — Dr. Gabriel Martins Botelho — Relatou o autor sua experiência no Hospital do Mandaqui, documentando os casos cirúrgicos, as indicações e os resultados, o pneumotórax extrapleural e o intrapleural, com a complementação pelo Jacobus ou pelo Carter, e seus resultados. Com documentação radiológica ilustrou os fracassos e procurou interpretá-los relacionando as recidivas com o estado do brônquio de drenagem. Referiu-se, em seguida, ao esmagamento e secção do frêncio e seus resultados, e ao tratamento pela toracoplastia, econômica ou qua-

se total, criticando os processos de Semb e de Alexander. Por fim, salientou a conduta atual de deixar *in situ* a primeira costela, evitando-se assim, as deselegantes e desastrosas assimetrias torácicas, com desvio acentuado da coluna vertebral para o lado sôlo. Passou em revista, sucintamente, alguns casos de cavernostomia anterior realizados pela técnica de Monaldi e seus dependentes, direta e imediatamente do estado do brônquio de drenagem, principalmente quando há o chamado brônquio com válvula. E, assim, chegou às ressecções pulmonares, dando as indicações formais, o resultado e a expedição do Serviço Cirúrgico do Hospital do Mandaqui. Relatou — as complicações, muitas vezes inevitáveis, mesmo com o uso da estreptomicina.

Comentários — Dr. Roberto Vilhema de Moraes: Faço comentários gerais sobre a conduta no diagnóstico da lesão: julgo necessária e obrigatória a planigrafia em todos os casos considerados cirúrgicos. E em relação à conduta atual nas toracoplastias a Alexander, insisto em afirmar que o Dr. Eduardo Etzel foi o primeiro cirurgião a realizá-la, deixando *in situ* a primeira costela.

DEPARTAMENTO DE PATHOLOGIA, em 16 de dezembro de 1949

Presidente: Dr. Ruy de Souza Pacheco

Sobre um caso de linfoblastoma folicular — Prof. Jairo de Almeida Ramos e Dr. Marcelo Pio da Silva — Os autores apresentaram um caso de linfoblastoma folicular, mostrando todos os característicos da moléstia descrita por Brill, Baer e Rosenthal, em 1925: grande enfartamento ganglionar com pouca repercussão sobre o estado geral e sobre o quadro hematológico, no inicio da moléstia; grande sensibilidade aos raios X e duração de vida relativamente longa. O diagnóstico do caso apresentado foi feito pela revisão de um exame histopatológico anterior.

Comentários — Dr. Gastão Rosenfeld: O caso apresentado é muito interessante e vem abrir caminho para este diagnóstico, pois muitos anátomo-patologistas já encontraram casos semelhantes e não chegaram a esse diagnóstico, por desconhecimento do assunto. Um quadro clínico com linfopenia tão intensa significa processo destrutivo do tecido linfático; a neutrofilia com desvio para a direita é favorável à hipótese de tumor em fase de atividade. Portanto, o quadro hematológico é bem conclusivo, permitindo suspeitar de tumor maligno do gânglio.

Dr. Marcelo Pio da Silva: No exame que efetuamos havia poucos linfócitos, mas nos outros exames que nos foram apresentados pelo paciente, verificamos que, embora os gânglios já estivessem grandes, os linfócitos eram normais. O quadro hematológico anterior era negativo.

Determinação quantitativa do ferro plasmático. Uma adaptação do método do tiocianato — Drs. Fernando Teixeira Mendes e Otávio Arminio Germec. — Os autores descreveram uma adaptação do método do tiocianato para a determinação do ferro plasmático. A ionização do ferro é feita pelo ácido clorídrico 3N durante duas horas a 20°C, seguindo-se a desproteínização pelo ácido tricloroacético a 25%. A oxidação do ferro trivalente é executada pelo ácido nítrico durante 2 minutos à ebulição. Desenvolve-se o composto corado pelo tiocianato de potássio a 20%. O tiocianato férreo é extraído em álcool isoamílico e a leitura é feita em espectrofotômetro Coleman Jr., modelo 6A. Utilizam-se para a determinação 5 ml. de sôro ou plasma. Nas condições da experiência, a concentração do composto corado extraído em álcool isoamílico era diretamente proporcional às densidades ópticas entre 1,25 e 10 gramas de ferro nos 2 ml. de álcool isoamílico, representando de 50 a 400 gramas de ferro por 100 ml. de plasma. A média das recuperações era de 100,24% com coeficiente de variação de 3,97% entre concentrações de 0,75 e 9 gramas de ferro adicionadas a 5 ml. de plasma. A recuperação era, portanto, satisfatória entre 15 e 180 gramas por 100 ml. de plasma nas condições de estudo. A reproduutibilidade era bastante satisfatória em vários níveis.

Os autores chamaram a atenção para os seguintes pontos: a) uso do ácido clorídrico 3N por duas horas de ionização; b) feitura da curva de calibração pela equação de regressão da reta; c) extração

do tiocianato férreo em apenas 2 ml. de álcool isoamílico, "concentrando" o composto corado em volume menor que o original, permitindo a leitura dentro de uma faixa mais conveniente do galvanômetro do aparelho; d) a boa recuperação; e) a boa reproduutibilidade; f) as poucas determinações feitas em indivíduos normais estão dentro dos limites apontados como normais por outros métodos.

Comentários — Dr. Névio Pimenta: No que diz respeito à questão da oxidação do ferro, desejava saber se foi feito um estudo comparativo com o persulfato, que é um reagente usualmente empregado. Além disto, queria lembrar aos autores a possibilidade de se empregar este método em sentido inverso, isto é, na dosagem do tiocianato em fluidos orgânicos, o que permitiria maior precisão de resultados nesta determinação. Foi dito, ainda, que neste método são necessários 5 ml. de plasma, mas, se não me engano, Salomé Pereira prefere trabalhar com quantidades menores. Este emprego de 5 ml. de plasma representa o máximo de precisão ou, quando não é possível obter essa quantidade, poderemos trabalhar com menos?

Dr. Fernando Teixeira Mendes: Preferimos trabalhar com ácido nítrico, porque na literatura encontramos um trabalho em que se fez um estudo comparativo com o persulfato e parece que os resultados com o ácido nítrico são melhores. Julgo muito interessante a sugestão do Dr. Névio Pimenta para se empregar o método em sentido inverso e vamos ver se conseguimos colocar esse método na rotina do Hospital das Clínicas. Quanto à questão da redução da quantidade de plasma ou sôro usada, tenho a impressão de que, com a cifra que demos, poderemos trabalhar satisfatoriamente; mas, às vezes, em casos de crianças com anciostomose, tiramos apenas a metade dessa quantidade, ou seja, 2,5 ml. de plasma.

Sr. Dr.

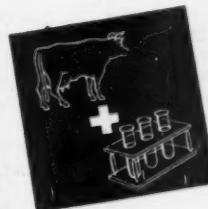
Para a alimentação infantil

2 especialidades dietéticas



Pelargon

Leite em pó completo, acidificado (tipo Marriott), acrescido de amido pré-cozido e açúcares selecionados (dextrina-maltose, sacarose e glucose). Vem sendo empregado na alimentação do lactente sadio, de qualquer idade, com resultados muito satisfatórios, em virtude do seu alto poder nutritivo e excelente digestibilidade.



Eledon

Leitelho em pó semi-desnatado. De excepcional tolerância por parte de lactentes sadios, distróficos, atróficos e convalescentes de diarréias. A taxa média de gordura permite o seu uso prolongado.

NESTLÉ

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, em
19 dezembro de 1949

Presidente: Dr. Hugo Ribeiro de Almeida

Exoftalmo em sinusite maxilo-ethmoidal. — Drs. Antonio Corrêa e Marco Elisabetski — Os autores fizeram uma revisão dos conhecimentos atuais sobre as complicações orbitárias inflamatórias de origem sinusal, demorando-se na sintomatologia dos vários quadros clínicos que podem ser encontrados e ressaltaram a importância da terapêutica anti-infecciosa e cirúrgica, assim como a necessidade da colaboração entre o oculista e o otorrinolaringologista na orientação dos casos mais difíceis. Em seguida, foi apresentado um caso observado na Clínica Otorrinolaringológica da Faculdade de Medicina. Um paciente teve sinusite maxilo-ethmoidesfenoidal aguda supurada esquerda logo após um estado gripal, como exacerbação de um foco dentário pré-molar superior. A infecção paranasal e dentária associadas acarretaram uma complicação orbitária, tipo edematoso-inflamatório, palpebral e orbitária. A penicilinoterapia jugulou as manifestações conjuntivais e palpebrais, permanecendo resistente aos antibióticos o exoftalmo produzido por um provável edema orbitário posterior que, por sua vez, era mantido pelo foco sinusal múltiplo. A intervenção mostrou um processo osteítico e hiperplástico ao lado de franca supuração das cavidades maxilar, etmoidal e esfenoidal que não poderia ser vencido, como não o foi, sómente pelos antibióticos (penicilina, estreptomicina e sulfadiazina). O esvaziamento dos seios afetados e dos focos de osteite, levou à cura do exoftalmo.

Comentário — Dr. Octacílio Lopes: Desejo aproveitar a oportunidade para apresentar um caso, também de diagnóstico muito difícil, e para o qual peço colaboração dos colegas. Trata-se de uma moça de 18 anos de idade, portadora de processo exoftálmico do olho direito e com uma história pouco clá-

ra. Há cerca de 30 dias ficara com o rosto inchado, com forte dor de dentes e, embora extraisse alguns dentes, a dor aumentou, diminuindo, entretanto, a inchação do rosto, persistindo apenas o processo ocular. Diante deste quadro suspeitei de uma celulite, consequente a sinusite maxilar. Havia ainda uma distensão do nervo óptico com perda total da visão. A radiografia mostrou apenas sinusite maxilar; nada foi encontrado para o lado da óbita. A paciente foi submetida à intervenção cirúrgica; aberto o seio maxilar, verificou-se que a mucosa apresentava-se hipetrofiada, estando a cavidade cheia de massa caseosa; este material foi retirado e o exame histológico mostrou tratar-se de processo tuberculoso. Como nunca havíamos observado um processo tuberculoso do maxilar, consultamos a literatura e verificamos que essa localização é excepcional. Fizemos inoculação em cobaio, mas ainda não temos os resultados. Mandamos a lâmina para outro anatomo-patologista, que diagnosticou linfossarcoma, o que veio complicar ainda mais o caso. Além da cirurgia, estamos usando estreptomicina, mas o caso se agrava dia a dia.

Dr. Francisco Paulo Pinto Hartung: Também tive oportunidade de observar dois casos de osteossarcoma do maxilar que, depois de operados, pioraram muito. Num deles tratava-se de moça que foi tratada cirurgicamente por ter sido feito diagnóstico de sinusite; no curso da intervenção foi encontrado um material suspeito, com o qual foi feito o diagnóstico de osteossarcoma.

Dr. Jorge Fairbanks Barbosa: Num curso de cirurgia da face que tivemos oportunidade de fazer, encontramos também casos semelhantes aos do Dr. Octacílio Lopes. Fizemos a limpeza do material caseoso da cavidade e não nos preo-

cupamos com a parte anátomo-patológica. Pudemos verificar que, nesses casos, a evolução é muito boa e a tendência à cura é muito grande. Sou de opinião que costumamos nos estribar muito nos diagnósticos anátomo-patológicos e, às vezes, somos levados a erros muito graves.

Dr. Otacilio Lopes: O primeiro anátomo-patologista confirmou o diagnóstico de tuberculose, mas o segundo nos disse que a lámina estava um pouco descorada de modo que, para se fazer um diagnóstico mais positivo, seria necessária uma lámina em branco para uma impregnação lenta com sais de prata.

Dr. Marco Elizabetski: Tive oportunidade de rever a literatura sobre tuberculose do seio maxilar e verifiquei apenas 20 casos relatados. No último caso foi tentado o tratamento local e os resultados obtidos foram brilhantes.

Dr. Antonio Corrêa: No caso que apresentei não se poderia di-

zer que o processo era agudo; quando o paciente foi operado já havia passado o período de disseminação hematogênica. Esse caso deixou de responder ao tratamento, chegou a um ponto em que não reagia mas e talvez os germes já estivessem resistentes. Quanto ao caso do Dr. Otacilio Lopes, como se explicaria o processo orbitário? Seria um processo inflamatório simples? Realmente, é um caso difícil para ser discutido, sem acompanhar a evolução do doente, mas deve tratar-se de um processo específico ou então de um tumor. Estou de acordo com o que disse o Dr. Jorge Fairbanks Barbosa, a respeito dos diagnósticos anátomo-patológicos; julgo que a histopatologia para nós já não tem o mesmo valor que antes, de modo que toda a vez que o patologista não concordar com a nossa orientação clínica, deveremos procurar ouvir a opinião de outros especialistas em exame anátomo-patológico.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA, em 20 de dezembro de 1949

Presidente: Dr. Horácio Kneese de Mello

Novo tratamento da mononucleose infecciosa? (nota prévia). — Dr. Carlos de Oliveira Bastos. — O autor, após insistir sobre a carência de uma terapêutica realmente eficaz da mononucleose infecciosa, apresentou suas observações preliminares sobre a aparente possibilidade de novo tratamento para esta afecção. O estudo se baseia na observação de 8 casos, todos eles de clínica civil, e distribuídos em dois grupos. No primeiro, constante de 4 pacientes, existiam características clínicas, hematológicas e imunológicas altamente sugestivas do diagnóstico de mononucleose infecciosa. No segundo, composto também de 4 casos, os exames subsidiários não eram tão conclusivos quanto os do primeiro grupo, havendo sido firmado o diagnóstico, não só pela sintomatologia clínica bastante evidente, como ainda pelo critério de exclusão com os quadros febris mais correntes em

nosso meio e passíveis de confusão com a mononucleose.

O estudo teve ponto de partida na seguinte observação: um jovem, que tivera malária (terçâ benigna), com várias recidivas, apresentou-se febril, com discreta esplenomegalia e sem outros sintomas expressivos. Tratado com os antibióticos habituais, o quadro não regredia. O autor, que lhe conhecia os antecedentes maláricos, submeteu-o, apesar de não característica a sintomatologia, a tratamento pelo cloridrato de clorgunida Squibb com o que, no dia imediato, desaparecia a elevação térmica. O paciente, após haver tomado apenas dois comprimidos, embarcou para fora do Estado e abandonou a terapêutica, acreditando-se curado. Passados dias, retornou a São Paulo, novamente febril, com enfartamentos ganglionares cervicais dolorosos; submetido a observação, e exames, teve firmado o

diagnóstico de mononucleose. O autor, admitindo então, que as manifestações anteriores já correspondem por conta desta afecção, administrou-lhe de novo a clorguanida, sem qualquer outra medicação. Já no dia seguinte desaparecia a febre e começava a regressão ganglionar; prosseguida a terapêutica durante nove dias, nas mesmas doses propostas para a terça benigna, curou-se clínica e hematologicamente o paciente. Esta observação original deu ao autor a idéia, que nunca vira anteriormente exposta na literatura, do emprêgo do cloridrato de clorguanida na mononucleose.

Os 7 casos seguintes foram tratados exclusivamente com este produto. Os resultados excederam à expectativa, pois, em todos os doentes foi observada a remissão da febre e dos sintomas dela decorrente dentro de 24 a 48 horas; menos rápida, mas durando apenas de 6 a 10 dias, foi, contudo, a regressão dos enfartamentos ganglionares e da ictericia que acompanhava um dos casos. Em suma, dentro de 8 a 10 dias, o autor obteve a cura clínica, com prática normalização do quadro hematológico.

lógico (nos quatro casos em que foi repetido o exame) de todos os seus pacientes.

O autor é o primeiro a reconhecer a escassez numérica e mesmo a deficiência de suas observações, que não permitem a elaboração de um trabalho em moldes rigorosamente científicos; mas, por isso mesmo, e reconhecendo as dificuldades que teria em reunir maior número de casos em ambiente propício à pesquisa, é que apela para o concurso de seus colegas, pedindo-lhes que empreguem esta terapêutica, cuja toxicidade é mínima, e tragam resultados de sua experiência. O autor faz a si próprio estas perguntas: terá de fato valor a clorguanida no tratamento da mononucleose infecciosa? Teriam sido as duas observações preliminares apenas simples coincidências? As respostas caberão, evidentemente, a futuras observações. Se confirmada a eficácia do produto nesta nova indicação (para a qual admite o autor a existência de bases teóricas), será licita a sua extensão a outras viroses; se, todavia, confirmada a sua eficiência, terá validade apenas a boa intenção com que foi proposta.

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSAO DE 10 DE SETEMBRO DE 1949

Presidente: Dr. Nelson de Souza Campos

Hematologia da Lepra, sangue e órgãos hematopoiéticos (S. R. E.) — Dr. Walter Hadler — Faz o A. um apanhado geral sobre a literatura existente sobre o assunto. Analisa separadamente as séries vermelha, branca e trombocítica no sangue periférico e na medula óssea. Evidencia alterações de um processo toxi-infeccioso crônico no sangue periférico e alterações do mesmo tipo na medula óssea. Verifica ainda o comprometimento do S. R. E., cujo caráter hemático se manifesta pelo aparecimento de células histioides no sangue circulante e pelo aumento dos elementos do retículo nos esfregaços de medula óssea.

Posto o trabalho em discussão, com a palavra o Dr. Francisco Amendola, que pede esclarecimentos quanto às modificações do quadro hematológico dos doentes em tratamento pelas sulfonas. Pergunta se o A. não está de acordo quanto à superioridade dos efeitos do extrato hepático, ácido fólico, fração antitóxica do fígado, etc., sobre o ferro, como preconiza. Responde Dr. Hadler que nas anemias normocrômicas e normocíticas o tratamento pelo ferro é mais aconselhável. Diz que o extrato hepático, o ácido fólico, etc., são mais aconselhados nas anemias hiper-crônicas macrocíticas. Não há dúvida que o extrato hepático tam-

**ANTI-ESPASMÓDICO
VASCULAR
•
DILATATOR DAS
ARTÉRIAS CORONÁRIAS**

Cloridrato de papaverina..... 0,03 gr.
Teobromina — salicilato de sódio .. 0,20 gr.
Teofilina — acetato de sódio..... 0,10 gr.
Fenil - etil - malonil - uréia 0,01 gr.
Cila (pó) 0,05 gr.
para uma drágea

uritene
Papaverina

AFFEÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS DAS CORONÁRIAS
HIPERTENSÃO E SUAS COMPLICAÇÕES
TROMBOSES E EMBOLIAS DAS ARTÉRIAS PERIFÉRICAS
ANGIOESPASMOS CEREBRAIS

DRÁGEAS



LABORATORIOS ENILA S. A.
100 RUA CHACUR, N° 242 — CAIXA POSTAL 601-810

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

bém age naquelas, porém o tratamento pelo ferro é mais indicado e mais barato.

Ácido para-amino-salicílico (Amisal) na tuberculose do Hanseniano

— Dr. H. Prestes. — Estuda o A. 14 casos de tuberculose pulmonar em doentes de lepra, tratados pelo ácido para-amino-salicílico, concluindo pela evidente ação benéfica do medicamento sobre o quadro pulmonar. Diz que a ação do medicamento sobre o peso, taxa de hemoglobina, febre, astenia, etc. é notória, preparando mesmo alguns casos graves para a colapsoterapia.

Não verificou acidentes nervosos ou cutâneos produzidos pelo medicamento. Diz que a associação do ácido para-amino-salicílico com a

estreptomicina é realmente promissora.

Posto o trabalho em discussão, usa da palavra o Dr. Mauri que pede esclarecimentos quanto ao número e modificações morfológicas dos bacilos após o tratamento. Em seguida, pede a palavra o Dr. Argemiro Rodrigues de Souza, que deseja saber se houve modificações das lesões cutâneas da lepra.

Lepra pulmonar — Dr. Nelson de Souza Campos — O A. fala sobre a incidência da tuberculose pulmonar nos doentes de lepra e sobre a dificuldade de diagnóstico entre a lepra pulmonar e a tuberculose, diferenciação esta que só se pode fazer por meio da inoculação em cobaio.

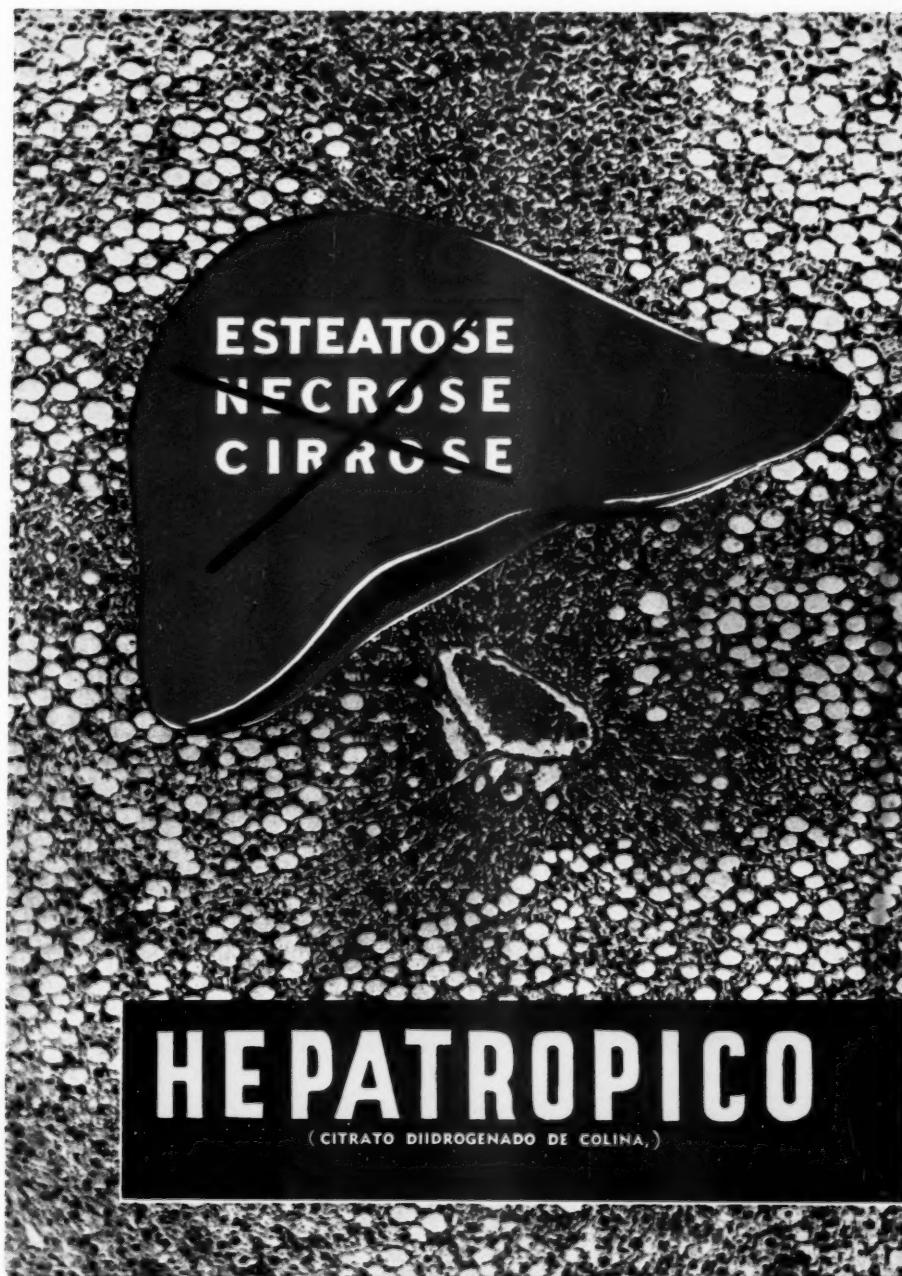
SESSAO DE 10 DE OUTUBRO DE 1949

Presidente: Prof. J. Aguiar Pupo

Princípios da Quimioterapia — Prof. Charles Edward Corbett — Sua palestra inicia-se estabelecendo os princípios gerais da quimioterapia experimental, encarecendo a importância da introdução de animais de experimentação, da tentativa de determinar-se a presença de drogas no sangue e ressaltando os trabalhos de Ehrlich que estabeleceu em bases sólidas os princípios da quimioterapia. Diz também da contribuição importante da biologia e das ciências físico-químicas nesse particular. Refere à seguir dados sobre: 1) a especificidade; 2) tolerância do hospedeiro às drogas; 3) absorção, distribuição, eventuais transformações e excreção; 4) interferência das drogas na vitalidade e multiplicação dos parasitas, e 5) no estabelecimento de doses e tabelas, ou melhor, maneira de emprêgo, tecendo comentários detalhados sobre cada um dos itens acima.

A seguir refere o A. que a verificação direta da ação da droga sobre o parasita orientou pesquisas de agentes etiológicos fora do organismo ("in vitro"). O emprego de animais de laboratório constitui experimentação que conduz a indícios; informações, si os dados colhidos não forem transportá-

veis. No homem sómente são possíveis "ensaios". Tece ainda uma série de considerações com respeito às vantagens da experimentação animal, ressaltando, quando trata da interferência das drogas na vitalidade e multiplicação dos parasitas, da importância do conhecimento da biologia do germe, sitios de localização, necessidades biológicas, etc. Posto pelo Sr. Presidente, esse trabalho em discussão, pede a palavra o Dr. Renato Pacheco Braga, para dizer que em relação ao tópico-tabelas e doses-referido pelo Prof. Charles E. Corbett, verificou que dosagens mínimas de sulfatiazol demonstraram ação em alguns doentes de lepra. A seguir pede a palavra o Dr. Nelson de Souza Campos, para inquirir acerca da possível ação droga + hospedeiro. O Prof. Aguiar Pupo tece interessantes comentários sobre o trabalho do Prof. Corbett, dizendo de sua importância, oportunidade e clareza de exposição; diz ainda da inopportunidade do termo "antibióticos" que deve ser reservado para os de origem biológica. Lembra também que o nível sanguíneo alcançado por certas drogas não representam fator essencial para explicar ações terapêuticas.



**ESTEATOSE
NECROSE
CIRROSE**

HEPATROPICO

(CITRATO DIIDROGENADO DE COLINA.)

LABORATORIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praça Olavo Bilac, 105

-

São Paulo

HEPATRÓPICO

Citrato diidrogenado de colina + proteolizado
integral de fígado + niacinamida.

SOB FORMA DE XAROPE DE SABOR AGRADÁVEL

- 1) - **INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA DE ORIGEM ALIMENTAR, TÓXICA OU INFECCIOSA,**
- 2) - **COMO ANTITÓXICO E DESINTOXICANTE**, acompanhando os tratamentos que podem alterar o parênquima hepático, tais como as sulfanilamidas, os antiúricos, bismúticos, vermífugos, barbitúricos, antiprotozoários, etc.;
- 3) - **NO PRÉ E POST-OPERATÓRIO**, contra a ação nociva dos anestésicos e analgésicos;
- 4) - **NAS AFECÇÕES DAS VIAS BILIARES** (coleistite, icterícia, calculose);
- 5) - **NAS NEFROSES**, especialmente a nefrose lipoidica;
- 6) - **NA CIRRÓSE HEPÁTICA**, especialmente nas formas hipertróficas;
- 7) - **COMO REFORÇANTE À AÇÃO DA INSULINA**, cuja administração pode então ser reduzida no tratamento do diabete;
- 8) - **EM ALGUMAS MOLÉSTIAS CUTÂNEAS** ligadas a alterações do metabolismo lipídico, tais como a psoríase;
- 9) - **NA ESTEATOSE HEPÁTICA** que sempre acompanha as **FORMAS NEOPLÁSTICAS DO APARELHO DIGESTIVO** e, em geral, dos órgãos abdominais.

D O S E S

Em todos os casos mencionados, com exceção do 5 e 6, será suficiente a dose diária de 2-3 colheres das de sobremesa.

LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praca Olavo Bilac, 105 — Telefone 58-6910 — SÃO PAULO

RIO
R. Buenos Aires, 17, 1º
Fone: 43-9161

BELO HORIZONTE
R. Rio de Janeiro, 155, 1º
Fone: 2-5097

CURITIBA
Rue Emílio Perneta, 424
Fone: 4637

SESSAO DE 21 DE NOVEMBRO DE 1949

Presidente: Prof. J. Aguiar Pupo

Princípios da Quimioterapia — Prof. Charles E. Corbett — Estuda em resumo o mecanismo de ação dos sulfanilamídicos frizando que nada ou quasi nada se conhece sobre mecanismo de ação das sulfonyas com relação ao bacilo da lepra. Agradece, em seguida o Prof. Aguiar Pupo a colaboração do A. e dá a palavra ao 2.º orador do dia, Dr. Antonio Carlos Mauri, que lê o trabalho "Lepra experimental".

Posto o trabalho em discussão, usa da palavra o Dr. Alcantara Madeira que diz não pretender discutir o mérito do trapalho, mas tão somente responder ao apelo feito pelo Dr. Mauri, quanto ao "Serviço de Pesquisas"; esclarece Dr. Madeira que o mesmo, dentro em breve será uma realidade, pois se acha em sua fase final de instalação.

REUNIAO DE 15 DE DEZEMBRO DE 1949

Presidente: Dr. Ernani Agricola

1.a Conferência Nacional de Lepra — Às 10,30 horas do dia 15 de dezembro de 1949, no Rio de Janeiro, na sala de aulas do Serviço Nacional de Tuberculose, à rua Alvaro Alvim, 21, 10.º andar, sob a presidência do Dr. Ernani Agricola, realizou-se a 5.a Reunião Conjunta das Sociedades Paulista e Mineira de Leprologia. Abrindo a sessão, Dr. Ernani Agricola explicou que, por sugestão do Prof. Aguiar Pupo, presidente da S. P. L., a 5.ª Reunião Conjunta que deveria realizar-se em Minas Gerais, no mês de Outubro p. p., havia sido transferida para os dias 15 e 16 de dezembro, quando, em colaboração com a Associação Brasileira de Leprologia, instalar-se-ia a 1.a Conferência Nacional de Leprologia.

O conclave reuniu grande número de associados das três Sociedades, dentre os quais citamos: — Drs. Ernani Agricola, Armando Sabra Sur, Joaquim de Paula Gonçalves, Agenor de Melo Joir Fonte, Artur Marques, Aureliano de Moura, Ivan Bastos de Andrade, Francisco Amendola, Ari Lippelt, Renato Pacheco Braga, Nelson de Souza Campos, Lauro de Souza Lima, Cândido Silva, Luiz Costa, Abílio de Almeida, Pompeu Rossas, Moacir Porto, Paulo Cerqueira, José Custodio Ramos, Armando Pondoné, Fraga Lima, Mauricio de Frei-

tas, Honório Ottomi, Abraão Salomão, Orestes Diniz, Josefino Aleixo, Avelino Miguez Alonso, Alfredo Bluth, Antonio Carlos Pereira, João Damasceno Baeta, H. C. de Souza Araujo, Olavo Lira, Vicente Risi, Geraldino Carvalho, Itamar Tavares, Joel Teixeira Coelho, J. M. Alcantara Madeira, Gilberto Propriório, Pimenta Brandt, Raul David do Vale, Lineu Silveira, Prof. Rabelo Filho, etc.

O Dr. Ernani recorda que por delegação da 4.a Reunião conjunta realizada em São Paulo, no mês de janeiro, p. p., entrou em contacto com os organizadores da III Conferência Pan-Americana de Lepra, a realizar-se em Buenos Aires, para conhecer com antecedência os temas a serem discutidos naquele Congresso, afim de que a 5.a Reunião Conjunta pudesse funcionar como reunião preparatória ao conclave internacional. Escrevera pois ao Dr. Basombrio da Argentina e à Oficina Sanitária Pan-Americana e tinha em mãos o programa daquele Congresso, cujos temas são os seguintes:

1.º) Classificação dos subtipos da lepra.

2.º) Estado de reação (patogénia, terapêutica, e prognóstico), nas diferentes formas clínicas. Sua influência na evolução ulterior da enfermidade.

3.º) Reversibilidade de formas clínicas e de reações à lepromina.

4.º) Assistência social ao doente de lepra e aos seus familiares.

Desses temas, propos para o estudo da Assembleia os 3 primeiros, deixando o 4.º para as obras de assistência particulares à doentes de lepra.

Para tratar dos 3 temas pensou organizar com os membros da Conferência, a maneira do que foi feito na reunião dos técnicos leprologistas que teve lugar nos dias anteriores, comissões encarregadas de estudar e discutir os diferentes assuntos; estas apresentariam no dia 16 um relatório de suas conclusões, submetendo-as ao plenário. Esses pontos de vista, em última análise, representariam o ponto de vista da leprologia brasileira como contribuição ao IIIº Congresso Pan-Americano.

Convida em seguida os Drs. Nelson de Souza Campos, vice-presidente da S. P. L. e Paulo Cerqueira, presidente da S. M. L. para tomarem assento à mesa.

Aprovando a idéia das comissões para o estudo dos temas, falam os Drs. Aureliano de Moura e Paulo Cerqueira, concluindo este último que essas comissões deveriam por óra estabelecer pontos de vista gerais, para dentro de 6 meses, em nova reunião convocada pela A. B. L. trazer resultados mais concretos e definitivos. Posta em votação essa proposta, foi a mesma aprovada.

O Dr. Ernani pede aos componentes da casa que escolham os tópicos de sua preferência e por sugestão do Dr. Lauro de Souza Lima, o secretário da mesa, faz a chamada nominal dos presentes, que vão manifestando a escolha, sendo as três comissões assim constituídas:

1.º tema: — J. Baeta, J. Aleixo, Moacir Porto, Lauro de Souza Lima, Celio Mota, Vicente Risi, Rabbelo Filho, Ernani Agricola, Alcantara Madeira.

2.a Comissão: — A. C. Pereira, A. Bluth, H. Ottoni, Fraga Lima, P. Rossas, Luis Costa, Cândido Silva,

F. Amendola, Ari Lippelt, Agenor Melo, Ivan Andrade, Aureliano Moura, Paula Gonçalves, Procópio, A. Sabra Sur, J. Custódio, A. Mi-
guês Alonso.

3.a Comissão: — A. Salomão, A. Pondé, P. Cerqueira, Absalão de Almenda, A. Marques, J. B. Risi, R. Braga, N. Souza Campos, R. Quagliato.

Como presidentes e relatores das comissões foram escolhidos: 1.a — Prof. Rabello Filho e Lauro de Souza Lima; 2.a — Dr. Aureliano de Moura e Cândido Silva; 3.a — Dr. Armindo Pondé e P. Cerqueira.

O Dr. Ernani Agricola encerrando essa 1.a Reunião plenária, convida as diferentes comissões para que se reunam nas diversas salas afim de estudarem os assuntos para, que no dia seguinte, 16, as 9 horas da manhã, pudesse ser discutidos os relatórios sessão plenária.

Tendo recebido em 1.º lugar o relatório do IIIº tema, dava a palavra ao Dr. Paulo Cerqueira, relator do mesmo.

Todos os relatórios, com as devidas modificações sugeridas pela casa, serão publicados oportunamente na íntegra, no Boletim da A. B. L.

Em discussão o relatório do 3.º tema, pede a palavra o Dr. Orestes Diniz, pedindo que no fim do mesmo fosse incluído um esquema do uso das substâncias estimuladoras do S. R. E., pois quem não estivesse bem instruído sobre o assunto, poderia, com o uso daquelas substâncias, ao envez de provocar o estímulo, chegaria ao bloqueio do retículo.

O Dr. Bluth, pedindo a palavra, pede um esclarecimento sobre o que seja "tuberculóide e lepromatosa incipientes" e porque recomenda-se o estudo apenas nesses casos e no grupo indiferenciado.

O Dr. Lauro de Souza Lima, indaga também os AA. porque o estudo da reação de Mitsuda sómente nas crianças.

Com a palavra o relator, respondendo ao Dr. Lauro S. Lima, explica que foi recomendado o estu-

FLAVONIL

Drágeas

Associação das VITAMINAS

P (Rutina)
C (Ácido ascórbico)
K (Menadonial)

Fórmula por drágea:

VITAMINA P (Rutina)	0,030 g
VITAMINA C (Ácido ascórbico)	0,050 g
VITAMINA K (Menadiona)	0,001 g
CARBONATO DE CÁLCIO . . . q. s. para . .	0,330 g

Indicações: Fragilidade capilar. Estados hemorrágicos. Tratamento pré e post-operatório.

Modo de usar: 3 a 4 drágeas ao dia, podendo, a critério médico, chegar a 8 drágeas diárias.

Apresentação: Vidro com 24 drágeas.

Embalagem hospitalar com 100 drágeas.

LABORATÓRIO XAVIER JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré, 553 — Caixa Postal 3331 — Tel. 3-4139 — São Paulo

Consultores Científicos:

Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro

Prof. Dr. Genésio Pacheco

Depósitos:

Rio de Janeiro — Rua da Quitanda, 163

Belo Horizonte — Rua Goitacases, 61

Porto Alegre — Rua Dr. Flores, 458

Representantes nos demais Estados.

do de controle, estando essas crianças mais a mão para os estudos.

Em todo o caso não fosse a predominância de tempo, deveriam ser observados também, os comunicantes examinados nos dispensários. Quanto ao Dr. Orestes, achava muito útil a idéia, pedindo apenas a colaboração do mesmo para a feitura do referido esquema. O Dr. Nelson de Souza Campos, em adição às explicações do relator, diz que na sessão de pesquisa do D. P. L. de S. Paulo, estava sendo organizado um quadro das substâncias estimuladoras do retículo e suas dosagens prometia para facilitar, enviar instruções detalhadas a respeito, de acordo com aqueles estudos. Quanto ao Dr. Bruth, não incluiria os L. avançados nos estudos a serem realizados pela dificuldade em pré-julgar a forma inicial desses casos. O grupo indiferenciado, como forma inicial e os L. e T. incipientes, poderiam ser bem estudados na sua evolução, a partir do exame inicial e assim seriam observados os casos de reversibilidade.

O Dr. Ernani Agricola, consulta a casa sobre a conveniência do adiamento da votação afim de que os membros da comissão e os opositores harmonizassem seus pontos de vista, sendo aprovado.

Reaberta a sessão 10 minutos mais tarde, fala o relator para científicar a casa, que a comissão, tendo em vista a proposição do Dr. Bluth, resolvera modificar o texto do relatório, usando em vez do termo "incipientes", a expressão "precoceamente diagnosticados". Quanto ao esquema proposto pelo Dr. Diniz, comunica que ficará determinado que o Dr. Nelson de Souza Campos, enviaria por intermédio do S. N. L. aos diversos serviços estaduais, o resumo dos métodos empregados na secção de pesquisas do D. P. L., de São Paulo com as diferentes substâncias estimuladoras do S. R. E.

Posto em votação o relatório com essas emendas, foi o mesmo aprovado unanimemente.

Tem a palavra depois, o Dr. Lauro de Souza Lima, relator do 2.º tema.

Em discussão esse relatório, pede a palavra o Dr. Nelson, que sugere uma divisão dos 3 tipos da infecção leprosa, em 2 subtipos fundamentais onde fossem enquadradas as sub-divisões. Acha conveniente não incluir na forma L. avançada, as lesões eritematopigmentadas que acha fazer parte dum estadio menos acentuados da moléstia.

O Dr. Bluth faz novamente considerações em torno da palavra "incipiente" que acha não esclarecer bem um tipo da leprose.

O Dr. Orestes Diniz, tece comentários também sobre o termo "acrônico" que deveria ser modificado para "hipocrônico".

O Prof. Rabello, esclarecendo a casa, diz que o quadro apresentado pelo relatório, é apenas uma visão panorâmica dos aspectos clínicos da moléstia e que, absolutamente, não era uma classificação. Na classificação dos sub-tipos, a comissão procurou distender diante de todos, as dificuldades quasi insuperáveis que tinha pela frente. Respondendo ao Dr. Bluth, acha que de fato a comissão fôra obrigada a lançar mão de vários critérios para apresentar aquele panorama. Quanto ao incipiente", no sentido cronológico da moléstia, acha também muito difícil apreciá-lo, mas há casos em que os doentes ficam à margem da forma L., durante 2-3 anos. Dentro do quadro apresentado, ele julga que até Abril, possam os estudiosos elaborar uma classificação de sub-tipos, que satisfaça.

Com a palavra o relator, chama a atenção para a "forma incipiente" do ponto de vista da profilaxia. Aceita a proposta do Dr. Bluth, para que à maneira dos tuberculoides, os L. incipientes fossem chamados também "macular". Quanto ao Dr. Orestes não acha inconveniente que seja escrito ao lado de "acrônica" consagrada pelo uso, a palavra "hipocrônica". Com referência ao Dr. Nelson, as chaves sugeridas, podem muito bem serem enquadradas no mapa que apresentou, que era como foi dito, apenas uma visão panorâmica da

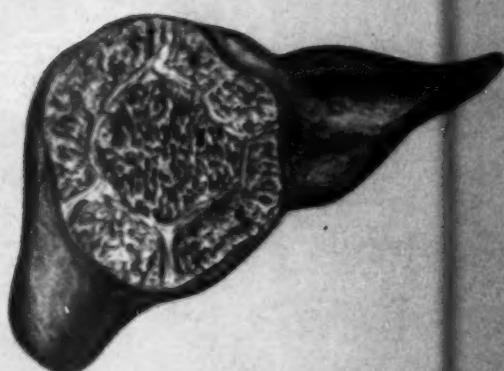
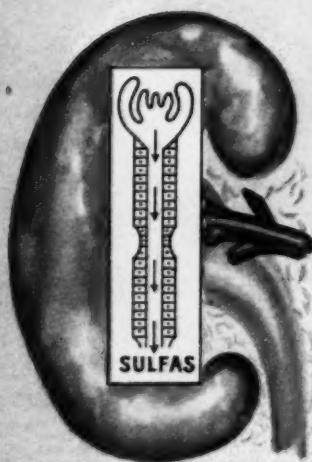
Durante a Sulfamidoterapia

SULFACOMBINAÇÃO

Protege o Rim contra:
Cristalúria
Síndrome do nefron inferior
Dispensa o uso de alcalinizantes
Elimina as reações de
hipersensibilidades

METIONINA

Protege o Fígado contra:
Necrose Focal
Degeneração gordurosa
Hepatite
Elimina a ação tóxica das sulfas
sobre o fígado lesado



SULFOMETIININ

Sulfadiazine	0,20 g
Sulfametazine	0,15 g
Sulfamerazine	0,15 g
METIONINA	0,20 g
Excipiente q.s.p.	0,90 g

PRAV AZ, LABORATÓRIOS S. A.
São Paulo - BRASIL

SULFAMETIONIN

SULFAMETIONIN

SULFAMETIONIN

SULFAMETIONIN

SULFAMETIONIN

SULFAMETIONIN

SULFAMETIONIN

SULFAMETIONIN

SULFAMETIONIN

EM TODAS AS INFECÇÕES POR AGENTES SENSÍVEIS ÀS
SULFAS (ONO, - MENINGO, - PNEUMO, - ESTREPTO -
E ESTAFILOCOCOS) PLASTOMICOSE E TRACOMA.
EM PARTICULAR QUANDO NAS INFECÇÕES CITADAS EXISTE LESÃO
HEPÁTICA OU INTOLERANCIA ÀS SULFAS.



PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.

Rua Jandais 20-30 — São Paulo - Brasil

exteriorização da moléstia e não uma classificação.

Posto em votação, foi o relatório aprovado.

Fala em seguida o Dr. Candido Silva, relator do II tema, que em discussão mereceu considerações do Dr. Lauro de Souza Lima; lamenta tenha sido a comissão tão elástica quando tratou do conceito da R. L. Quanto aos estudos das colheitas, assim como das biopsias.

Com a palavra o Dr. Ari Lippeit, diz que a comissão teve dificuldades intrasponíveis, quando tratou da definição do conceito da R. L. e que, em vista disso, após muitas horas de estreitas discussões, fôr obrigada a passar por cima do assunto. Diz que aceita respeitosamente todas as críticas feitas ao relatório, mas que convidava os opositores a que definisse o referido conceito frente o plenário.

O Dr. Bluth, também como membro da comissão, confessa que tivera relutância em resolver por votação, uma questão científica de tal valor, como o conceito da R. L. e que assim a comissão preferira recomendar o estudo do assunto.

O Dr. Rossas acha, que as conclusões do relatório do 2.º tema não fugiram muito às conclusões apresentadas pelos outros relatores.

O Dr. Ernani Agricola acha que seria interessante as definições fossem estabelecidas afim de que pudessemos harmonizar nosso ponto de vista a ser apresentado em Buenos Aires.

O Dr. Orestes Diniz, lembra que deveriam ser recomendados estudos bioquímico, recomendando ao D. P. L. de São Paulo, como organização já aparelhada, investigar nesse assunto.

O Dr. Lineu Silveira, lembra que a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, conta com excelentes bio-químicos, que estavam mesmo sendo recrutados pelas instituições de S. Paulo. O Dr. Orestes Diniz, esclarece porém, que o Serviço de Lepra de Minas Gerais, só

agora estava se articulando com aqueles cientistas.

Com a palavra o relator, diz que as explicações dos Drs. Ari Lippeit, A. Bluth e Rossas, haviam por certo esclarecido o plenário. Quanto ao Dr. Ernani Agricola pede tempo até abril, afim de que sejam harmonizados os pontos de vista. Aceita a sugestão do Dr. Lauro, afim de mencionar-se o local da colheita de material tanto para o exame bacterioscópico como para a biopsia.

Posto em votação, é o relatório aprovado.

Franqueada o uso da palavra, o Dr. Bluth, sugere que sejam feitos estudos psicológicos entre os internados de diferentes hospitais, a maneira do que consta ter sido feito entre as crianças do Preventório de Jacaréi, por ordem do seu diretor, Dr. Mauricio de Freitas. Conta que acompanhou estudos semelhantes em Sanatórios de Tuberculosos da Alemanha e Suissa e que suas conclusões vieram modificar profundamente os conceitos antigos sobre a psicologia dos doentes. Sugere que a S. B. L., peça os serviços de Institutos Psicotécnicos para o estudo da população dos leprosários, acreditando que isso viria facilitar muito a vida dos internados e da administração.

Pede depois a palavra o Dr. Nelson de Souza Campos, para em nome da S. P. L., sugerir que se lance em ata um voto de solidariedade aos Drs. Rossas e Lira, proposta essa que foi acolhida sob estrondosa salva de palmas.

O Dr. Paulo Cerqueira, como presidente da S. N. L. faz suas as palavras do Dr. Nelson de Souza Campos, sendo também vivamente aclamado pela assistência.

O Dr. Lira em seu nome e no do Dr. Rossas, agradece comovido à manifestação de solidariedade.

Em seguida o Dr. P. Cerqueira faz considerações para que a A. B. L. considere como sócio fundador da mesma, o Dr. Josefino Aleixo.

Antes de encerrar a sessão, o Dr. Ernani Agricola, faz as seguintes comunicações:

1.º) realização no Rio de Janeiro, em 1950 do 1.º Congresso do Colégio Ibero-Americanano de Dermatologia e Sifiligráfia;

2.º registro da A. B. L., que adquiriu assim personalidade jurídica;

3.º) realização em princípios de Abril da proxima reunião afim de delinear os trabalhos a serem apresentados em Buenos Aires.

Pede que seja consignada em ata um voto de agradecimento ao Dr. Paula Souza, Diretor do S. N. T., que gentilmente cedeu as instalações de sua repartição para as reuniões oficiando-se ao mesmo.

Agradece a todos os presentes desejando um Feliz Natal e próspero Ano Novo.

Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo

REUNIÕES DE 13 E 14 DE ABRIL

Presidente: Profs. Silva Melo e Bendito Montenegro

A terapêutica clínica e cirúrgica das colecistopatias — Por iniciativa da Federação Brasileira de Gastroenterologia e sob os auspícios da Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo, realizaram-se nos dias 13 e 14 de abril, nesta Capital, duas reuniões científicas, afim de se debater a terapêutica clínica e cirúrgica das colecistopatias.

A primeira reunião, na qual se discutiu o tratamento médico foi presidida pelo prof. dr. A. da Silva Mello, do Rio de Janeiro, e teve o concurso dos seguintes clínicos: prof. dr. F. Cintra do Prado, dr. J. Fernandes Pontes e dr. Carlos de Oliveira Bastos, de São Paulo; prof. dr. Cruz Lima e dr. J. Lopes Pontes, do Rio de Janeiro. Essa reunião efetuou-se no dia 13, às 20 horas e 30, no Hospital das Clínicas, 9.º andar, anfiteatro da 3.ª Clínica Cirúrgica.

A segunda reunião, para debates sobre o tratamento cirúrgico das colecistopatias, foi presidida pelo prof. dr. B. Montenegro e teve como relatores o prof. dr. A. Bernardes de Oliveira, dr. Eurico Branco Ribeiro e dr. Plínio Bove,

de São Paulo; prof. dr. Augusto Paulin Filho e dr. Joaquim de Brito, do Rio de Janeiro, realizando-se no dia 14, às mesmas horas e no mesmo local mencionados acima.

Para maior eficiência dos trabalhos essas duas reuniões foram organizadas nos moldes de simposio, como vem sendo feito, atualmente, nos centros médicos norte-americanos. Inicialmente, os membros do simposio responderão a perguntas de ordem geral, previamente formuladas. Logo a seguir, o presidente fez um comentário crítico às opiniões expostas pelos relatores. Depois, foram debatidas questões ditas "graduadas", que cada membro do simposio apresentou a seus companheiros de mesa. Finalmente, o assunto foi discutido em "mesa redonda", por todos os médicos presentes que quizeram apresentar suas opiniões pessoais.

O secretário geral da Federação Brasileira de Gastroenterologia, dr. Geraldo Siffert, do Rio de Janeiro, cooperou nos trabalhos de ambos os simposios.

Quando estiver cansado de ler, sentado, em posição correta, prefira repousar um pouco e, depois, reiniciar a leitura. — SNES.

PRECOLDE *Labor*

Para o tratamento eficiente do resfriado

Contém o antihistamínico mais adequado, associado à

TRIMETILXANTINA, UM ANALGÉSICO-ANTIPIRÉTICO,
HORMÔNIOS NATURAIS DA CORTEX-SUPRARRENAL
E VITAMINA C.

PRECOLDE não é sómente um antihistamínico

Os antihistamínicos isolados aliviam sómente os assim chamados sintomas alérgicos de um resfriado, a sensação de peso no nariz, a coriza e os espirros.

PRECOLDE vai além. Ele proporciona não só o alívio desses sintomas de fundo alérgico, como ainda:

- **Alivia as dores**
- **Reduz a febre**
- **Repele os sintomas dos resfriados**
- **Age sinergicamente para combater a baixa de resistência orgânica**

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido contém:

Maleato de N-dimetilaminoetil-N'-p-metoxiben-	30 mg
zil-alfaaminopiridina	30 "
Trimetilxantina	250 "
1-Fenil-2,3-dimetil-4-dimetilamino-pirazolona-5.	30 "
Vitamina C	3,75 "
Adsorbato de hormônios córtico-suprarrenais (correspondendo a não menos que 5 u. cão de atividade cortical)	

MODO DE USAR

Adultos - 1 comprimido cada 4 horas

Crianças de 5 a 12 anos - 1/2 da dose para adultos

LABORTERAPICA S. A.

(Uma instituição apoiada na confiança do médico)

SANTO AMARO — SÃO PAULO

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSAO DE 14 DE ABRIL DE 1950

Presidente: Dr. Arnaldo Amado Ferreira

Acidente do trabalho e indenizações — Dr. Geraldo Alves Pedroso. O A. discorreu sobre varios e interessantes casos de acidentes do trabalho, focalizando diversos problemas atinentes aos mesmos. Chamou especialmente a atenção para a confecção das tabelas legais de indenização, para a dos casos omissos, mostrando falta de con-

cordancia entre lesões idênticas quanto à percentagem indenizatória, como tambem a omissão de lesões que, na pratica, embaraçam sobremaneira a ação pericial. Apontou a necessidade de se fazer uma revisão completa das tabelas, afim de as tornar mais eficientes na pratica.

Instituto Biológico

REUNIAO DO DIA 21 DE ABRIL

Presidente: Dr. Rocha Lima

As intoxicações produzidas por inseticidas — Efetuaram-se no dia 21 de abril, no Instituto Biológico, debates em torno da questão de envenenamentos por inseticidas fosforados. A reunião iniciou-se às 16 horas, presentes técnicos do Instituto, lavradores e representantes de fabricas de inseticidas, com a leitura, pelo dr. Nelson Planet, de seu relatório apresentado à Associação Paulista de Medicina.

A esse relatório, acrescentou o dr. Nelson Planet suas conclusões gerais, que podem ser resumidas no seguinte: considera necessário o controle da venda dos inseticidas fosforados; o produto deverá ser distribuído por pessoas ou entidades que respondam pelas consequencias de seu emprego, uma vez que se trata de inseticidas altamente toxicos e que têm causado numerosos casos fatais, conforme conclui em sua pesquisa.

O prof. Rocha e Silva examinou o assunto sob ponto de vista científico, as causas de intoxicação pelos inseticidas e os antídotos indicados. A seguir, o dr. Aranha Campos expôs seus pontos de vis-

ta sobre a questão. Disse, inicialmente, que a Rodia, fabricante dos produtos Rodiatox, apontado como um dos principais causadores dos casos fatais de intoxicação, tem feito esforços no sentido de evitar acidentes, por meio de ampla propaganda e larga distribuição de impressos contendo recomendações expressas sobre a elevada toxicidade do produto. Faz ligeiras restrições às estatísticas apresentadas pelo dr. Nelson Planet, assegurando que não só o Rodiatox tem causado vítimas. Cita particularmente o B.H.C. como responsável pelo menos por um caso fatal, de que teve informações, no que é contestado por um dos presentes. Prosegue em sua exposição, concluindo sobre a necessidade de maior campanha de divulgação sobre os cuidados no emprego de inseticidas fosforados em vista de ser ainda grande a ignorância que nesse sentido impera no interior do Estado.

Sugeriu o prof. Ribeiro do Vale, em virtude da gravidade da situação, a instalação de um laboratório de toxicologia em São Paulo, que poderia ser criado com

RINO - STEG



RINO-STEG reúne três elementos de máxima atividade.

O ANTIBACTERIANO = TIROTRICINA

O DESCONGESTIONANTE = DL-DESOXIEFEDRINA

O "ESTERILIZADOR DO AR" = PROPILENOGLICOL

NO TRATAMENTO DAS
RINITES - SINUSITES



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572
SÃO PAULO

PROFENAMIN COMPOSTO



AMPÓLAS

COMPRIMIDOS

SUPOSITÓRIOS

PROFENAMIN COMPOSTO alia em sua fórmula três elementos de efeito decisivo no combate às síndromes dolorosas.

- I **ANTISPASMÓDICOS** = PROFENAMINA D
- II **ANALGÉSICO** = NOVATROPINA
- III **SEDATIVOS** = DIMETIL-AMINO-ANTIPIRINA
- III **SEDATIVOS** = DERIVADOS DA MALONILUREIA

PROFENAMIN COMPOSTO não é entorpecente.

INDICAÇÕES:

Cólicas hepáticas, nefréticas, vesicais, dismenorréia, pré e pós operatória, dores dos cancerosos, síndromes dolorosas do trato genito-urinário, ameaças de aborto, dores sub-intrantes do parto, enxaqueca.



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572
SÃO PAULO

doações dos fabricantes de inseticidas e de outras indústrias que fabricam produtos tóxicos.

Os debates continuam, com a intervenção do representante da Rödia e outros fabricantes, um dos quais anunciou que os industriais de inseticidas cogitam de financiar uma campanha, que seria promovida pelo Instituto Biológico, vi-

sando à educação dos trabalhadores a fim de prepará-los para o uso dos inseticidas tóxicos. Dentro de poucos dias, declarou, seriam apresentados ao Instituto Biológico os estudos que sobre ese assunto os industriais realizam, a fim de que a campanha possa ter inicio, com financiamento assegurado.

Outras Sociedades

Associação Paulista de Medicina, Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de abril de 1950, ordem do dia: 1) dr. Humberto Pascale — Epidemiologia da Rickettsioses no Estado de São Paulo; 2) drs. J. O. Coutinho e A. Salvany Filho — Notas sobre um inquérito coprológico efetuado em pacientes internados no Hospital Santa Isabel (Salvador, Baia); 3) drs. O. P. Forattini e O. J. da Silva — Resultados das pesquisas de triatomídeos no distrito e Motuca (município de Araraquara).

Departamento de Cirurgia, sessão de 10 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Drs. Fabio Schmidt Goffi e Guilherme Moreira Leite — Novo instrumento para hemostasia vascular temporária; 2) Dr. Gonçalo Regis Nogueira — Pinça divulsora; 3) Dr. Mario Ramos de Oliveira e Dr. Aristides e Arruda Camargo Filho — Divertículos do duodeno; 4) Drs. Ari do Carmo Russo e Delmont Bittencourt — Linfadenite mesentérica supurada. A propósito de dois casos.

Departamento de Pediatria, sessão de 12 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Joaquim Leme Fonseca — Tratamento da meningite tuberculosa; 2) Dr. João de Souza Dias — O que o pediatra deve saber sobre estrabismo; 3) Dr. José Martins Costa — Considerações sobre a tuberculose renal na criança.

Departamento de Patologia, sessão de 18 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Nelson Planet —

Prova de laboratório no diagnóstico da tuberculose; 2) Dds Gastão Rosenfeld, Luis Ribeiro de Valle e Carlos Prado — Paracolobactrum aerogenoides como causa de infecção geral.

Departamento de Neuro-Psiquiatria, sessão de 19 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Prof. Aderbal Tolosa e drs. Antônio Branco Lefrêve, Orlando Aidar e dra. Maria Luiza M. Tavares de Lima — Particularidade da apraxia fronto-cálosa, em um caso de encefalomacia sucessivas (estudos anatomo-clínico); 2) Drs. Aloysio Mattos Pimenta, Estanislau Krinsky, Celso Pereira da Silva e Valter E. Maffei — Toxoplasmose, forma cerebral; 3) Drs. Rolando A. Tenuto, Marino Lazzareschi e Roberto Melaragno Filho — Paraplegia cefo-escoliotica. Tratamento neurocirúrgico (Transposição de medula). Sucesso terapêutico. Apresentação do doente e filme cinematográfico.

Departamento de Medicina, sessão de 20 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Drs. José Barros Magaldi, Carlos Vilela de Faria e Armando Botter Bernardi — Ação do 1262 F. nas arritmias da miocardite chagásica; 2) Drs. Paulo Vilhena de Moraes e Eduardo Etzel — A planigrafia e seu valor nas afecções do torax; 3) Drs. Gastão Arruda Pacheco, Helio Lourenço de Oliveira e prof. A Ulchôa Cintra — Observações clínicas relativas ao emprego da adrenalina e do hormônio cortico-tópico (A.C.T.H.).

no tratamento da artrite reumatoide.

Departamento de Radiologia e Eletricidade Médica — O tema "Megacolo", 1.º) Dr. José Moretzsohn de Castro: "Radiologia do Megacolo"; 2.º) Dr. Daher E. Cutait: "Problemas radiológicos do megacolo, do ponto de vista cirúrgico".

A fim de facilitar os debates, foram formuladas as perguntas:

1.º) — Qual a sua opinião, do ponto de vista radiológico, sobre a existência dos esfíncteres colicos. Si acredita na existência dos mesmos, quais os meios que considera mais eficientes para visualizá-los?

2.º) — Há, na sua opinião, possibilidades radiológicas de se verificar e avaliar a capacidade funcional do segmento colico ectasia-dô? Em caso positivo, qual a tática e experiência pessoal sobre o assunto?

3.º) — Na sua experiência, qual a percentagem de casos de:

- a) — Megasigma.
- b) — Megareto.
- c) — Megasigma — Megareto.
- d) — Outros megascolicos.

4.º) — Aconselha o exame radiológico em pacientes com estase intestinal de longa duração e acentuada?

5.º) — Qual, na sua opinião, o melhor meio de sistematização do exame radiológico do colon nos megas?

Departamento de Urologia, sessão de 25 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Darcy Villela Itiberê — Cisto solitário do rim da criança.

Departamento de Tisiologia, sessão de 26 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Drs. José Rosenberg, Nelson Souza Campos e Jamil Aum — Da relação imunobiológica entre tuberculose e lepra. Ação positivante do B.C.G. sobre a reação do Mitsuda; 2) Drs. Mario Lotufo e Antonio Fiqueira — Paralisia frenica expontânea no decorrer da tuberculose primária.

Departamento de Ginecologia e Obstetricia, sessão de 28 de abril

de 1950, ordem do dia: 1) Drs. José Gallucci Cosme Guarnieri Netto e Celeste Fava Netto — Interpretação do achado de hemophilus na vagina; 2) Drs. Clemente Filho e Jorge Coelho Tavares — Sinais radiológicos do descolamento prematuro da placenta normalmente inserida.

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 26 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Eurípedes Constantino Miguel — Práxiterapia em pavilhão de agudos; 2) Dr. Pedro da Silva Dantas — Considerações sobre a terapêutica ocupacional em alcoolatras.

Centro de Estudos dos Médicos da Divisão do Serviço da Tubercolose, sessão de 29 de Abril de 1950, ordem do dia: Dr. Brindo Guida Filho — Decorticação pulmonar.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 4 de abril de 1950, ordem do dia: Dr. Laertes Guimaraes — Revisão dos artigos publicados em 1949 sobre Cornea, Conjuntiva e palpebra.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 18 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Prof. Domingos Delassio — O aparelho ocular nas toxineas da gravidez (fundo de olho); 2) Prof. J. Mendonça de Barros — Curso de biomicroscopia (continuação).

Colegio Brasileiro de Cirurgiões — Capítulo de São Paulo, sessão de 20 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Eurico Branco Ribeiro — Cancer do coto gastrico; 2) Dr. Sebastião Hermeto Jr. — Importância do adenoma fetal na patologia da tireoide.

Hospital de Juqueri, sessão de 15 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Arterioesclerose; 2) Meningite pneumococica; 3) Paralisia geral — Síndrome convulsiva; 4) Meningite cerebro-espinal; 5) Agitação psico-motora. — Hematoma subdural. Drs. Mario Yahn, Catão Bastos, Moacyr Jorge e Spartaco Vizzotto.

*ainda
maior
segurança*

COMBISUL

Schering



A inclusão da sulfacetamida no COMBISUL representa um notável progresso no tratamento pelas combinações sulfamídicas.

O COMBISUL é menos tóxico e mais eficaz.

COMBISUL

Tubo com 20 comprimidos
de 0,50 g
Cada comprimido contém
0,18 g de sulfacetamida,
0,16 g de sulfadiazina e
0,16 g de sulfamerazina.

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÉUTICA SCHERING S/A
RIO DE JANEIRO
S. PAULO • P. ALEGRE • RECIFE • B. HORIZONTE • FORTALEZA • JUIZ DE FORA



Hospital de Juqueri, sessão de 21 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Psicose de referência (Kleist). Elementos epiloptoides — Dr. Isaías Melsohn; 2) Arterio-esclerose cerebral — Dr. Cyro Ferreira de Camargo; 3) Delírio persecutório. Automatismo mental — Dr. Ibrahim Mathias; 4) Tema prático. Como interpretar a rubrica I na nova classificação psiquiátrica — Dr. Aníbal Silveira.

Hospital de Juqueri, sessão de 28 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Dra. Cléo Santana Lichtenstein — Hereditariade; 2) Dr. Eurípedes Constantino Miguel — Esquizofrenia catatonica psicogenética. Apresentação de caso.

Instituto Biológico, sessão de 28 de abril de 1950, ordem do dia: O problema dos modernos inseticidas, especialmente fosforados — Drs. José de Aranha Campos, Edmundo Cirati, Hans Lowenthal e H. S. Lepage.

Sociedade de Biologia de São Paulo, sessão de 12 de abril de 1950, ordem do dia: 1) J. Planet do Amaral e Aracy Aguiar — Reação de precipitinás em culicídeos e anofelinos; 2) A. Fajer — Demonstração histoquímica da presença de fosfatase ácida em células cultivadas "in vitro"; 3) G. Gomori — Estarases e lipases; 4) L. C. U. Junqueira — Contribuição ao estudo da secreção celular; 5) M. Rabinovitch — Presença de fosfatase ácida no citoplasma de melanoblastos.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, sessão de 21 de abril de 1950, ordem do dia: Drs. Rolando Tenuto, Marino Laz-

zareschi e Roberto Melaragno Filho — Transposição da medula em paralegia por cfoescoliose.

Sociedade Médica da Municipalidade de São Paulo, sessão de 12 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Evolução da terapêutica da sifilis recente — Dr. Aurelio Ancoa Lopez; 2) — Secções tendinosas da mão em acidentes do trabalho — D. Luiz Antonio A. Sampaio Doria; 3) Ex-sanguíneo-transfusão na leucemia aguda hemocitoblastica — Drs. Pedro Jannini e Rui Faria.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 19 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Dr. João Sonnleithner — Fratura patológica por mioloma múltiplo; 2) Dr. Eurico Branco Ribeiro — Organização de um programa de trabalhos científicos.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 19 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Dr. José Afonso de Mesquita Sampaio — Diabete e catarata; 2) Dr. Mario Ottobrini Costa — Nova orientação terapêutica da gangrena diabetica.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, sessão de 28 de abril de 1950, ordem do dia: 1) Dr. V. Venturi — Mecanismos psicológicos de defesa e de adaptação; 2) Dr. Roberto Farina — Tratamento cirúrgico da elefantiasi.

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, sessão de 14 de abril de 1950, ordem do dia: Impressões da visita aos centros oftalmológicos da Europa — Prof Cyro Resende.

DR. SYLVIO COSTA BOOCK
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Biologia, ano XXXIV, n.º 295, janeiro-fevereiro de 1950. Ativadores e inibidores do crescimento do "Saccharomyces Cerevisiae" — Prof. H. Tastaldi; O Radom no tratamento de Eczema — Dr. Mario Fonzari; Transfusão improvisada — Dr. Ruy Faria; A prova de Coombs — F. O.

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, vol. XII, n.º 5, set-out. de 1949. Câncer do esôfago e cardia — Dr. Paulo Prata; Principais antissépticos cirúrgicos — Salomão A. Chaib e Humberto Cerutti; Contribuição para tratamento da úlcera duodenal pela ressecção dos nervos vagos (conclusão do número anterior) — Dr. David Rosenberg.

Boletim de Higiene Mental, ano VI, n.º 64, dezembro de 1949. Mortos que nos dirigem — Spartaco Vizzotto; A necessidade de trabalho preventivo sobre a saúde mental — Dr. M. Yahn (Extraído do The Bulletin of the World Federation for Mental Health, oct. 1949).

Publicações Médicas, novembro 1949, n.º 174. Contribuição ao estudo do fecaloma — Adolpho Flaks e Erasto Prado — Helmintases ou helmintoses — Nelson Nogueira da Silva; Pelagra — Ruy Noronha Miranda; Conduta a seguir nos casos de afecções venéreas ulcerosas — Mario Ferreira Migliano.

Resenha Clínico-Científica, XIX, n.º 3, março de 1950. Regulação hormonal do sono — J. Alves Garcia; Considerações sobre a atividade dum departamento de neurocirurgia — Angelo Chiassereni; Aspectos da imagem cardiovascular que simulam cardiopatia: a

saliência do arco médio à esquerda em indivíduos não cardiopatas — Pierluigi Barbieri e Sírio Lentini.

Revista Brasileira de Leprologia, Vol. XVII, n.º 4, dezembro de 1949. — Resultados del examen gonioscópico de los enfermos de lepra — Alberto Urrets Zavalia; Sobre a natureza da reação de Mitsuda — J. Lopes de Faria; Da lepra incipiente na vigilância sanitária dos focos domiciliares (Estudo dos Comunicantes) — José Duarte do Páteo Jr.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. X, n.º 2, fevereiro de 1950. — Terapêutica da tuberculose genital masculina — Dr. Augusto Amélia de Motta Pacheco; Fundamentos e prática da urologia na criança — Dr. Geraldo V. de Azevedo; A proteção ao rim remanescente, após a nefrectomia por tuberculose — Dr. Augusto Amélia da Motta Pacheco.

Revista Paulista de Medicina, vol. 36, n.º 3, março de 1950. — Possibilidade do pneumoperitônio na colapsoterapia da tuberculose pulmonar — Dr. A. C. de Moraes Passos. Tentativa de tratamento da mielose leucêmica crônica pelo "H 11" — Drs. G. Rosenfeld e F. Teixeira Mendes; Derrame pleural simulando diafragma elevado — Dr. Paulo de Vilhena Moraes; Operação de Blalock-Taussig na tetralogia de Fallot — Dr. A. Domingos Pinto; Resultados da aplicação de "Rhodiatox" e "Gammexane" contra triatomídeos. Observações sobre o poder residual — Dr. José Lima Pedreira de Freitas; Provas de função renal em gestantes normais — Drs. Mario Lepolard Antunes e Jorge Tavares.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Colégio Internacional de Cirurgiões (Capítulo Brasileiro)

Instalação da Regional da Bahia

Realizou-se com grande brilhantismo, dia 25 de março, em Salvador, a instalação da Regional da Bahia, o juramento de 23 associados, a posse da diretoria constando de presidente, dr. Fernando Luz Filho; vice-presidente, dr. Benjamin da Rocha Salles; secretário-tesoureiro, dr. José Ramos de Queiroz. A sessão teve lugar no salão de honra do Instituto Histórico e Geográfico da Bahia, comparecendo numerosa e seleta assistência, salientando-se entre as autoridades professores das Faculdades de Medicina e de Direito, representantes do governador dr. Otávio Mangabeira, que teria presidido a sessão não fôr a enfermidade recente, o comandante da Região Militar, o comandante do 2.º Distrito Naval.

Assumi a presidencia o prof. Carlos Gama, presidente do "Capítulo Brasileiro" cuja séde é nesta capital, participando da mesa o dr. Oscar Cintra Gordinho, tesoureiro suplente, todos os membros da Diretoria da Regional da Bahia e as autoridades. Além da alocução feita pelo prof. Carlos Gama, foi lida uma saudação à Bahia enviada pelo prof. Pedro Calmon — M. Reitor da Universidade do Brasil. Discurso do dr. Fernando Luz Filho, presidente da Regional da Bahia. Oração oficial a cargo do dr. Oscar Cintra Gordinho. Depois do juramento e posse dos bahianos, o prof. dr. Newton Gonçalves tomou posse do cargo de regente da Regional de Fortaleza — Estado do Ceará.

As solenidades se revestiram do aspecto cívico que caracteriza as festas do Colégio Internacional de Cirurgiões, estando o ambiente com as insignias do Colégio, com as bandeiras das Nações que participam da organização. A sessão foi

aberta e encerrada ao som do Hino Nacional. O restante do programa constou de almoço no Yate Club da Bahia, recepção oferecida pelo casal Fernando Luz Filho e banquete na Boite Oceania.

A instalação da Regional da Bahia do "Capítulo Brasileiro" do Colégio Internacional de Cirurgiões foi um grande acontecimento social.

Instalação da Regional de Belo Horizonte

Realizou-se com grande sucesso, em Belo Horizonte, no dia 1.º de abril, a assembléia geral extraordinária para a instalação da Regional da Capital Mineira, no Auditório da Secretaria de Saúde e Assistência.

O regente prof. Lucas Machado que passou a ser o presidente e seus companheiros da diretoria da Regional vice-presidente, dr. José Bolívar Drumond e secretário-tesoureiro, dr. Sylvio Miraglia desenvolveram grande atividade conseguindo dar às solenidades especial relevo.

A assembléia foi presidida por sua excia. o governador do Estado, dr. Milton Campos, e participaram da mesa do presidente o Capítulo Brasileiro, prof. Carlos Gama, e do tesoureiro dr. Eurico Branco Ribeiro, os secretários de Estado, prof. J. Baeta Viana, Secretário de Saúde e Assistência, dr. J. Magalhães Pinto, Secretário das Finanças, e reitor da Universidade, prof. Otávio Magalhães, o comandante de Polícia Militar cel. José Vargas da Silva, além do orador prof. Otto Cirne Pires, da Faculdade de Medicina e o dr. Vinicius Meyer, diretor da Imprensa Oficial.

Aberta a sessão pelo governador Milton Campos, após o Hino Nacional, o Regente prof. Lucas Machado procedeu à leitura da carta

ALGO DE NOVO EM PENICILINA ?

PONDICILINA !



Deliciosas balas com sabor de fruta, contendo cada uma 20.000 UNIDADES DE PENICILINA G POTÁSSICA SOLUVEL indicadas na profilaxia e tratamento das infecções buco-faríngeas. Graças às altas concentrações que produz a PONDICILINA, a sua ação bacteriostática local perdura, no mínimo, duas horas após a sua administração.

Apresentação: em frascos de 12 unidades.



Fontoura-Wyeth —

R. Caetano Pinto, 129 - S. Paulo - Brasil

constitucional do Capítulo Brasileiro, prof. Carlos Gama recebeu o juramento dos 89 novos membros: drs. Argeu Murta, Antonio Castanheira de Carvalho, Afonso de Almeida Magalhães, Alberto Henrique Rocha, Alencar Ferreira de Carvalho, Aloisio Rezende Neves, Bayard Gontijo, Blair Ferreira, Brá-silio Rui Prates, Clovis Salgado, Daniel Ribeiro, Edmundo de Paula Pinto, Henrique Machado Horta, Herminio Ferreira Pinto, João Batista de Rezende Alves, Jaime Werneck, José Bolívar Drumond, José Maria Figueiró, José Otaviano Neves, José Silva de Assis, Lucas Monteiro Machado, Luiz Adelmo Lodi, Osvaldo Borges da Costa, Otto Cirne Pires, Rivadavia Gusmão, Rubens Monteiro de Barros, Salvio Nunes e Sylvio Miraglia. A seguir foi dada a posse a nova diretoria da Regional de Belo Horizonte e depois o juramento e posse do Regente de uiz de Fóra, dr. João Ribeiro Villaça. O prof. Otto Cirne fez brilhante saudação ao parente da solenidade prof. Carlos

Gama. O dr. José Bolívar Drumond saudou os demais membros do Capítulo Brasileiro, as autoridades — e prestou expressiva homenagem ao decano dos cirurgiões de Belo Horizonte o prof. Eduardo Borges da Costa e ao reitor da Universidade, prof. Otavio Magalhães.

O prof. Lucas Machado comunicou em reunião conjunta das diretorias do Capítulo Brasileiro e da Regional que foi proposto para Honorary Fellowi o prof. Eduardo Borges da Costa, sendo aclamado pela Assembléia.

Depois de breve intervalo no qual a orquestra executou aplaudida sinfonia, o prof. Carlos Gama pronunciou a oração oficial. O prof. Borges da Costa agradeceu as homenagens e sua proposta para Honorary Fellowi do Colégio International de Cirurgiões, a primeira a ser encaminhada pelo Capítulo Brasileiro ao Board of Trustees. O reitor prof. Otavio Magalhães também falou agradecendo as homenagens que lhe foram tributadas.

União Brasileira contra o Câncer

Reunião preliminar para a sua fundação — Convocada pelo prof. Antonio Prudente, na qualidade de vice-presidente, da "Union Internationale contre le Cancer", com sede em Paris, realizou-se de 21 a 23 de abril a reunião preliminar para fundação da União Brasileira contra o Cancer, entidade destinada a congregar todas as instituições brasileiras que se ocupam do problema do cancer, tanto no que se refere a pesquisas de laboratório como no seu aspecto clínico e social.

A criação do novo organismo faz parte de um plano internacional destinado a combater o cancer.

Das várias instituições convidadas, algumas já designaram seus delegados, de acordo com a seguinte lista: 1) Dr. Domingos Portela Lima — Liga Baiana contra o Cancer; 2) Dr. Jorge S. Paula Guimarães, Instituto Osvaldo Cruz

(Manguinhos), Rio de Janeiro; 3) Prof. Carlos Chagas Filho — Instituto de Biofísica — Univ. do Brasil — Rio de Janeiro; 4) Dr. Sergio Azevedo — Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos e Soc. Bras. de Cancerologia — Rio de Janeiro; 5) Prof. Erasto Gaertner — Liga Paranaense de Combate ao Cancer — Curitiba; 6) Prof. Antonio de St. Pastous — Soc. Med. de Combate ao Cancer do Rio Grande do Sul; 7) dr. Piero Maginelli — Fund. André Matarazzo para Pesquisas sobre Cancer — São Paulo; 8) prof. Juvenal Ricardo Meyer — Inst. Biológico — S. Paulo; 9) prof. Antonio Prudente — Assoc. Paulista de Combate ao Cancer; 10) dr. O. Borges da Costa — Inst. de Radium — B. Horizonte.

Apesar de ainda não terem designados os seus delegados, já concordaram com a reunião as seguin-

NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

E SUAS
MANIFESTAÇÕES



RUTINASE
INJETÁVEL e COMPRIMIDOS

LABORATÓRIO PELOSI S. A.

PRODUTORES DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DE EXCLUSIVA DIVULGAÇÃO MÉDICA

RUA CESARIO MOTA, 296-312 - FONES 4-7733 e 2-4117 - CAIXA POSTAL, 4798 - S. PAULO

RUTINASE

Marca Registrada

O importantíssimo valor terapêutico da **Carbaminolcolina** foi resultado especialmente como o mais eficaz agente hipotensor conhecido.

Sua poderosa ação sobre o organismo humano, relatada e comprovada por observações de autores absolutamente idôneos, descrita em publicações científicas, representam uma diminuta parte dos muitos ensaios realizados na Alemanha em período um pouco anterior à última guerra.

H. Kreitman, H. Nöll e W. Veiten, demonstraram que a ação da Carbaminolcolina supera grandemente a do acetilcolina, tida até então como o mais eficiente derivado da colina, utilizado de preferência contra os mais variados estados patológicos, capitulados sob a denominação sintomática de hipertensão.

Age sobre a pressão sanguínea, peristolismo e secreções das glândulas do conduto gastro-intestinal. Aumenta as contrações do útero gravídico e a secreção salivar.

Gowertz, Van Doren e Pansini, verificaram que baixa a pressão arterial, com a devida reserva para os casos em que existe alteração orgânica dos vasos capilares (v. valor terapêutico da Rutinase).

Eberhard Schulze e o ginecologista sistemático da Carbaminolcolina no combate da retenção urinária, observada após as partos e nos pacientes submetidos a intervenções ginecológicas.

G. Stupperich confirma os bons resultados na quase totalidade dos casos supra mencionados.

Quanto à Rutina, Griffith, Lindauer, Couch e Shanno, demonstraram sua eficiência na fragilidade capilar, muito valiosa para prevenir seus graves acidentes.

As investigações realizadas por estes autores são numerosas e notáveis e os efeitos benéficos obtidos, foram amplamente divulgados em publicações científicas, dando origem ao crescente emprego de medicamento.

A Rutina não é acumulada no organismo e restaura à normalidade a fragilidade capilar aumentada, somando esta grave alteração orgânica.

Está provada a sua eficácia na hemorragia retiniana, que, como se sabe, é agravada pelo diabetes mellitus e moléstias da hipófise.

VALOR TERAPÉUTICO DA RUTINASE

Quando os vasos capilares perderam a facilidade de se contrair, o que representa uma grave alteração orgânica nos mesmos, a eficiência da Carbaminolcolina poderá ser incerto, mas com a recente descoberta da ação da Rutina, que permite restabelecer a sua necessária elasticidade (em 85% dos casos, foi conseguido restaurar a fragilidade capilar à normal), a associação das duas medicinações é lógicamente indispensável, visando uma finalidade terapêutica completa, o que representa um tratamento clínico simples para um estado patológico grave e muito frequente, que se manifesta pela alta pressão arterial acompanhada de fragilidade capilar anormal.

Griffith, Lindauer e Shanno, em uma estatística de 1.600 casos de hipertensão, notaram em 300 pacientes aumento da mencionada fragilidade capilar.

A enorme e persistente eficácia da Carbaminolcolina é resultante de sua inalterabilidade relativamente grande no organismo (apenas ligeiramente atacada pelo suco gástrico). Esta propriedade justifica sua ação hipotensiva, mesmo administrada por via bucal (Dautrebande e Maréchal).

Quando houver necessidade de efeito hipotensivo mais intenso, será mais indicado a forma injetável ("RUTINASE, injetável"). A falta de pronto ação indicará alteração orgânica dos capilares, neste caso, deverá ser ministrada maior quantidade de Rutina, recomendando também a via oral, utilizando em conjunto a Rutinase injetável e a Rutinase comprimidos, podendo em casos menos graves substituir esta última pelos simples comprimidos de Rutina (Comprimidos de Rutina "Palosi").

Afinal de garantir maior eficiência e rapidez no tratamento pelo Rutina, a administração do medicamento deve ser contínua e prolongada, ministrando também, ao mesmo tempo, adequadas doses de vitamina C, ou de vitais, mesmo ainda, Vitamina K.

RUTINASE Injetável

Dosagem por ampola:

Cloreto de Carbaminolcolina puríssimo.....	0.00025
Rutina purif.	0.0040
Carbonato ac. de sódio	g. b.
Sólido fisiológico isotônico	g. b. 2 cm ³

Composição racional e original da Químico-Farmacêutico J. Palosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento:

Caixas de 10 e 100 ampolas.

Propriedades terapêuticas:

Hipotensor. - Anti-espasmodico arteriolar. - Excitante de plexo-simpático. - Depressor do simpático. - Ação antitoxica de adrenalina.

Indicações:

Hipertensão arterial e suas manifestações (pela ação hipotensora da Carbaminolcolina), mesmo nos casos em que os vasos capilares também perdido parte de sua facilidade de se contrair (pela ação, embora lenta, da Rutina).

Atonia dos apêndices, digestivo e urinário, principalmente no retardo urinário, após as operações cirúrgicas e partos.

Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares.

Preventivo e tratamento das ocorrências vasculares, resultantes da alta pressão sanguínea, com ou sem fragilidade capilar.

Contra-indicações:

Constituem contra-indicações os pacientes portadores de miocardite avançada, ou de cardiopatia fortemente descompensada e nos raros casos em que se deve evitar uma queda brusca da pressão arterial.

Pressões especiais devem ser tomadas quando se tiver que empregar o medicamento em pacientes digitalizados, asmáticos, sujeitos a choque, ou portadores de úlcera péptica avançada e angina pectoris.

Em qualquer tempo, a ação de medicamentos pôde ser suprimida mediante a aplicação de uma injeção de atropina.

Dose:

Metade ou todo o conteúdo de uma ampola (1 a 2 cm³) em injeções subcutâneas ou intramusculares; uma a três vezes ao dia, a critério do clínico.

As injeções são indoloras e devem ser aplicadas longe das reflexões.

Não deve ser utilizada a via endovenosa.

RUTINASE Comprimidos

Dosagem por comprimido:

Cloreto de Carbaminolcolina puriss.	0.002
Rutina purif.	0.020
Excipiente	q. b. p. 200

Composição racional e original da Químico-Farmacêutico J. Palosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento:

Vidros de 50 comprimidos.

Propriedades terapêuticas:

Hipotensor. - Anti-espasmodico arteriolar. - Excitante do plexo-simpático. - Depressor do simpático. - Preventivo e curativo das hemorragias cerebrais e retinianas.

Indicações:

Hipertensão arterial, mesmo nos casos com alterações orgânicas vasculares.

Acidentes vasculares da hipertensão. Atonia dos apêndices digestivo e urinário. Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares. Fragilidade capilar e suas consequências (hemorragias dívoras, epistaxe, senil).

Contra-indicações:

As mesmas da forma injetável.

Dose:

Maio a doze comprimidos, ingeridos com um pouco de água; até 3 vezes ao dia, a critério do clínico.

tes instituições: Instituto de Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, Escola Paulista de Medicina, Instituto Adolfo Lutz, Associação Paulista de Medicina, de São Paulo; Instituto de Radium, de Belo Horizonte; Instituto Ofir Loiola de Belém, e Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro.

As reuniões foram realizadas na sede social da Assoc. Paulista de Combate ao Cancer, à alameda Barão de Limeira, 540, 2.º and., obedecendo ao seguinte programa: 6.ª feira, dia 21, às 20 e 30; sábado, às 20 e 30, e domingo, dia 23, às 15 horas.

Escola Paulista de Medicina

Cátedra de Tisiologia — Com o início do ano letivo de 1950, foi inaugurada a Cátedra de Tisiologia da Escola Paulista de Medicina, sob a direção do prof. dr.

Décio de Queiroz Teles, tendo como assistentes os drs. Eduardo Etzel, A. C. de Moraes Passos e Paulo Vilhena de Moraes.

Necrológio

Prof. Antonio Carini — Telegrafaram procedente da Itália trouxeram a infesta noticia do falecimento ocorrido ali, na noite de 9 de abril, do prof. Antonio Carini, nome profundamente ligado aos primórdios da investigação científica em São Paulo no campo da microbiologia e da patologia. Trata-se de uma perda para a Medicina Brasileira, porque quasi toda a sua vida foi dedicada ao nosso país, que lhe deve trabalhos de real valor sobre a patologia regional, na identificação da piroplasmose bovina, de toxoplasmose, da leishmaniose humana, no estudo da brucelose em São Paulo, nos trabalhos do alastrim e sobre a epizootia do gado no Estado de Santa Catarina.

Publicou, aqui, e em várias revistas estrangeiras, numerosos trabalhos originais sobre protozoologia, que projetaram seu nome em

todos os círculos científicos da Europa e dos Estados Unidos.

Foi diretor do Instituto Pasteur de São Paulo, professor da extinta Universidade de São Paulo e da Faculdade de Medicina, e, durante muitos anos, foi diretor científico do Laboratório Paulista de Biologia S. A.

Morreu o prof. Carini aos 78 anos de idade, tendo dedicado a sua existência à pesquisa da verdade e à resolução dos problemas obscuros da nossa nosologia.

O prof. Carini era natural de Sondrio (Itália), docente da Universidade de Berna, na Suécia, assistente do prof. Tavel no Instituto Soroterápico de Berna, comendador da ordem da coroa da Itália e da Ordem do Cruzeiro do Sul que lhe foi concedida em reconhecimento aos seus trabalhos, pelo governo brasileiro.

- CONTRA DORES -

Croipel — COMPRIMIDOS — *Homburg*



CONGRESSOS MÉDICOS

Congresso Panamericano de Oftalmologia

Sua realização em Miami — Patrocinado pela Associação Pan-Americana de Oftalmologia e pela "National Society for the Prevention of Blindness", dos Estados Unidos realizou-se em Miami Beach, na última semana de março próximo findo, mais um Congresso Pan-Americano de Oftalmologia.

O programa do Congresso incluía atividades científicas que compreendem os últimos progressos da especialidade e o programa social permitiu que os médicos oculistas dos diversos países tivessem oportunidade de conhecer-se melhor, fortificando destarte o espírito de panamericanismo.

A contribuição brasileira foi excelente, sendo assaz apreciados os trabalhos apresentados por delegados de nosso País. A nossa delegação tinha como presidente o professor Cesario de Andrade, catedrático de oftalmologia na mais tradicional de nossas escolas médicas, a Faculdade de Medicina da Bahia, e atualmente presidente do Conselho Nacional de Educação.

Foram apresentados relatórios sobre os problemas médico-sociais da prevenção da cegueira e do tracoma, intervindo na discussão representantes dos diversos países. Também a oftalmologia militar em seus múltiplos aspectos foi focalizada por oftalmologistas das forças armadas dos diferentes países americanos.

Merceu também especial atenção dos congressistas a discussão dos problemas atuais da oculística, assim como as mais modernas ideias e conceitos sobre novos métodos de jornada de campo visual com iluminação interrompida. Demonstrou-se a enorme vantagem do método para o despistamento de

algumas doenças oculares e também para o diagnóstico neuro-oftalmológico. As modificações do aspecto do fundo de olho em enfermos de hipertensão arterial tratados com dieta de arroz, foram apreciadas e discutidas.

Outro assunto que despertou grande interesse foi o do ensino da oftalmologia, examinando-se não só as noções que devem ser ministradas aos alunos dos cursos médicos, como o problema da formação de especialistas e, ainda, o do ensino de aperfeiçoamento.

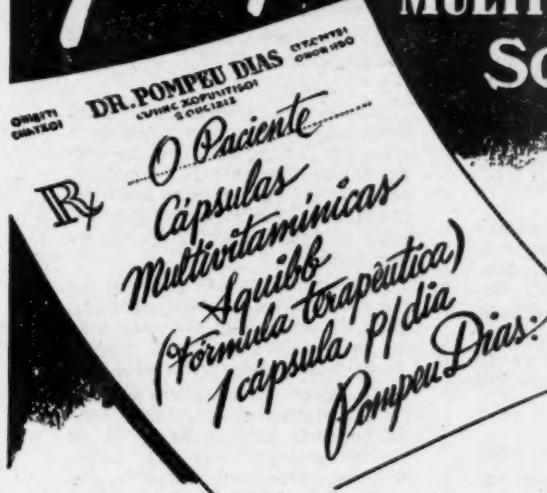
Problemas de visão nos aviadores que viajam em velocidades supersônicas, a ação de luz solar ao nível do mar e nas grandes alturas, doenças oculares produzidas por parasitas, a fibroplasia retroletal, doença que afeta as crianças prematuras, as plásticas e proteses oculares, os glaucomas secundários, foram outros assuntos tratados. Ainda em reunião especial foram tratados assuntos referentes à experimentação em oftalmologia, destacando-se entre esses os trabalhos sobre as substâncias que facilitam a absorção de medicamentos e sobre a ação dos hormônios.

O Congresso prestou uma homenagem à memória do dr. Manoel Antônio da Silva, que por diversos anos exerceu o cargo de secretário-assistente da Associação Pan-Americana de Oftalmologia.

Durante o certame os dirigentes da Associação Pan-Americana de Oftalmologia realizaram várias reuniões em que, além de outros assuntos, tratou-se dos preparativos do próximo Congresso Pan-Americano de Oftalmologia a reunir-se em janeiro de 1952, na capital do México.

Por que -

**CÁPSULAS
MULTIVITAMÍNICAS
SQUIBB?**



Porque é importante manter um equilíbrio nutritivo positivo durante o curso de doenças crônicas e agudas.

Devem-se suspeitar deficiências nutritivas especialmente nos seguintes grupos de indivíduos:

Aquêles cujos regimes indicam possíveis defi-

ciências. Os que apresentam fatores condicionantes que aumentam as necessidades, a destruição ou a excreção das vitaminas, ou interferem com a sua digestão, absorção ou utilização. Os que apresentam certos sintomas que, apesar de não característicos, são freqüentemente associados a doenças carenciais.

Ao receitar um produto para prevenir um tratamento insuficiente nas avitaminoses múltiplas, lembre-se de que as Cápsulas Multivitamínicas Squibb (Fórmula Terapêutica) oferecem à vitaminoterapia a vantagem decisiva de conter em uma só cápsula doses de eficácia terapêutica positiva das vitaminas essenciais.

Cápsulas Multivitamínicas SQUIBB
(Fórmula Terapêutica)

base para todas as fases da vitaminoterapia

Fórmula clinicamente comprovada conforme recomendação de N. Jolliffe (J. A. M. A. — 129: 613, 1945).

EM UMA SÓ CÁPSULA:

Vitamina A	25.000 U. I.
Vitamina D	1.000 U. I.
Cloridrato de Tiamina	10 mg
Riboflavina	5 mg
Niacinamida	150 mg
Ácido ascórbico	150 mg

Todas as vitaminas individuais essenciais à nutrição.



Dose Mínima

1 cápsula diária para deficiências moderadas.

2 cápsulas diárias para deficiências graves, reduzidas para uma cápsula diária após uma semana ou 10 dias.

Tubos de 25, 100 e 250 cápsulas.

SQUIBB

II Jornada Brasileira de Gastroenterologia

Sua realização em Belo Horizonte — Sob os auspícios da Federação Brasileira de Gastroenterologia, vai a Sociedade de Gastrenterologia e Nutrição de Minas Gerais promover em Belo Horizonte, de 24 a 29 de Outubro de 1950, a Segunda Jornada Brasileira de Gastroenterologia.

Em continuação e desenvolvimento do sistema seguido com tanto sucesso na Primeira Jornada, realizar-se-ão Simpósios, Sessões Plenárias e Demonstrações Práticas.

Para os Simpósios serão convocadas as maiores autoridades do Brasil em cada um dos seguintes assuntos:

- 1.º Equistossomase
- 2.º Radiologia da vesícula biliar
- 3.º Tratamento clínico das colecistopatias

4.º Tratamento cirúrgico das colecistopatias

5.º Colangiografia.

Nas Sessões Plenárias serão apresentados, em forma condensada e resumida, de acordo com as instruções aprovadas pela Federação, os trabalhos dos médicos inscritos. O Secretário Geral da Jornada enviará as Instruções a todos os interessados.

Nas Demonstrações Práticas, terão os médicos inscritos oportunidade de apresentar documentação de casos, técnicas novas, manejo de aparelhos, doentes tratados, etc.

Quaisquer informações poderão ser solicitadas ao Secretário Geral da Segunda Jornada Brasileira de Gastroenterologia, rua da Bahia, 887, Belo Horizonte. Taxa de inscrição Cr\$ 100,00.

IX Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia

Sua realização em São Paulo — Promovido pela Sociedad Brasileira de Ortopedia e Traumatologia reunir-se-á nesta capital, de 22 a 26 de agosto próximo, sob a presidência do dr. Renato Bonfim, o 9.º Congresso Nacional de Ortopedia e Traumatologia.

Como nos congressos anteriores serão focalizadas questões de grande interesse médico-social e científico de alcance prático.

Os temas oficiais são "Tratamento das fraturas das diafise do fêmur" e "Osteotomias". Serão relatores oficiais do primeiro tema os

drs. oficiais do primeiro tema os drs. Marino Lazzareschi, de São Paulo e Milton Weinberger, do Rio de Janeiro. Do segundo tema se ocuparão o prof. Dagmar Chaves, do Rio de Janeiro, e Emílio Navajas de Santos. Haverá, além destes, outros numerosos temas livres.

Como convidados estrangeiros comparecerão os eminentes mestres norte-americanos, drs. H. Meyerding, da Mayo Clinic e Royal Moore da Temple University de Filadelfia; os profs. J. Vals e C. Otolenghi, de Buenos Aires e J. L. Bado, de Montevideu.

Mantenha seu peso dentro das cifras normais, para evitar as doenças provocadas pela gordura em demasia ou pelo emagrecimento excessivo. — SNES.

ASSUNTOS DA ATUALIDADE

A Litiase Residual do Colédoco

A instilação de novocaina — Alende e Delfino, in Revista de Medicina y Ciencias Afines, Buenos Aires, XI, 168, maio de 1949 escreveram um interessante trabalho, que passamos a resumir.

Depois de assinalar a importância do problema da litiase residual do colédoco e de enumerar os vários processos usados para removê-la, os AA. apresentam a sua experiência com um recurso que haviam lido em uma revista francesa de 1945 e que não mais conseguiram encontrar, não podendo, assim, citar o autor do artigo nem o nome da revista. Fazem a aspira-

ção da bile e do ar através da sonda de Kehr deixada no ato cirúrgico e em seguida instilam pela mesma, dentro do colédoco, 20 cc de solução esterilizada de novocaina a 2%, de maneira lenta, sem pressão sobre o embolo da seringa. As vezes essa instilação é associada à administração de antispasmodicos usuais.

Repetem a instilação de 3 a 5 dias, seguidos ou intercalados. Com isso têm obtido completo êxito, dentro de um posoperatório que oscila entre 25 e 50 dias. Apresentam as observações documentadas de 5 casos.

Oração do Médico

UMA PAGINA DE ELEVAÇÃO MORAL

Deus o Creador nosso:

Infunde em mim, um grande amor para estudar e praticar a medicina.

Inspira-me caridade e carinho para com todos os meus enfermos.

Não permitas em mim, desejos de lucro, vaidade ou inveja no exercício da minha profissão.

Dai-me paciência para que sempre esteja eu pronto a atender ao chamado daquele que sofre e solicita dos meus serviços, mesmo, com sacrifício, das minhas horas de repouso e lazer.

Faz com que eu sempre atenda, com igual solicitude, ao pobre e ao rico; que receite, com igual cuidado, ao amigo e ao inimigo; ao honesto, ao de má conduta e mesmo àquele que nega o Teu nome, Senhor.

Conceda-me a graça de sempre ter, ao examinar e recitar aos meus enfermos, toda minha atenção voltada a eles, para que meu

diagnóstico e terapêutica sejam precisos, e possa eu, com a Tua ajuda, restituir-lhe a saúde, pois que, sem Teu poder, toda nossa ciência e esforço são inúteis.

Permita sempre que meus enfermos sigam, com fé, os meus conselhos não se influenciando com os charlatães, amigos ou parentes, que, com pretensiosos e falsos conhecimentos de medicina, possam sómente ocasionar prejuízos.

Entretanto, conceda-me a vida e o exercício da minha profissão; dai-me suficientes energias para perseverar em contínuo estudo e consiga, assim, aumentar e renovar meus conhecimentos em benefício dos meus enfermos.

Jamais permitas que me julgue um sábio, pois sem dedicação, estudo diário e a Tua ajuda, nada se alcança; conceda-me poder para minorar os sofrimentos dos meus enfermos. E quando não seja possível cura-los faz que com Tua divina vontade, lhes transmita fé em Ti, resignação e consolo.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Contribuição para a Semiologia funcional da secreção clorídrica e da regulação da acidez gástrica — José Ramos de Oliveira Junior, tese para concurso, São Paulo, 1949.

Do valor deste trabalho, bem diz o resumo que a seguir transcrevemos de suas páginas finais:

"Do conjunto de estudos empreendidos neste trabalho resultaram verificações que dizem respeito, em primeiro lugar, aos elementos semiológicos fornecidos pela prova de Katsch-Kalk, realizada nos moldes habituais; em segundo lugar, à apreciação do valor semiológico da prova do vermelho neutro; em terceiro, à interpretação fisiopatológica dos resultados da prova de redução da acidez à luz de novos elementos; finalmente, em quarto lugar, à relação entre as provas de Katsch-Kalk e da redução de acidez com a introdução na primeira de novos dados semiológicos, sugerida por aquele estudo das relações entre as duas provas.

"Conclusões referentes aos elementos semiológicos fornecidos pela prova de Katsch-Kalk, nos moldes habituais.

1 — O volume de secreção de jejum nos normoclóridicos não difere significativamente, em média, dos encontrados, em média, em hipoclorídicos e aclarídicos; em hiperclóridicos, o volume da secreção de jejum é em média, significativamente maior que nos normoclóridicos.

2 — Os limites de normalidade para o volume da secreção de jejum baseados nos resultados obtidos em 19 normoclóridicos e obedecido o critério de afastamentos iguais a duas vezes o desvio padrão, em ambos os sentidos, a partir da média, são de 15 a 125 ml.

3 — A acidez livre na secreção de jejum é, em média, maior em

hiperclóridicos que em normoclóridicos, sendo a diferença significativa; esta acidez sempre se mostrou ausente na secreção de jejum de hipoclorídico e aclarídico, o que, entretanto, também pode ocorrer em normoclóridicos e hiperclóridicos.

4 — A acidez total na secreção de jejum se exprime por cifras que decrescem, em média, dos hiperclóridicos para os normoclóridicos, destes para os hipoclorídicos e destes para os aclarídicos, diferindo significativamente a média em normoclóridicos das observadas em qualquer dos outros grupos; ainda adotando como limites de normalidade afastamentos iguais a duas vezes o desvio padrão em ambos os sentidos a partir da média aritmética, obtivemos, com base em 20 resultados em normoclóridicos, valores que se estendem de 0 a 44 m. eq/l. Valores nulos baixos a acidez total na secreção de jejum não permitem ilações, em um caso isolado, quanto a comportamento da acidez total após a excitação, pois esses valores podem ocorrer em qualquer dos grupos; entretanto, valores que excedem o limite superior para normoclóridicos permitem prever com grandes probabilidades tal comportamento.

5 — Os valores obtidos para a acidez livre após a excitação apresentam, em média, valores crescentes de aclarídicos para hipoclorídicos, normoclóridicos e hiperclóridicos, que seja esta acidez expressa como se faz comumente pelo seu valor máximo no decurso da prova, quer o seja pela média dos achados nas diferentes amostras. São sempre significativas, do ponto de vista probabilístico, as diferenças encontradas entre as médias obtidas para os normoclóridicos e para qualquer dos outros grupos. Com o mesmo critério de normalidade já adotado, os limi-

tes de variação estabelecido com base em 22 casos de normoclóridia, se estendem de 10 a 60 m. eq/l para a acidez livre expressa pelo valor máximo alcançado; e 3 a 41 m. eq/l quando exprimimos essa acidez pelo valor médio das amostras. Ainda aqui cabem as mesmas considerações já expendidas quanto à maior significação do achado de valores maiores que o limite superior de variação normal.

6 — Sendo expressa a acidez total após excitação pelas médias de valores em todas as amostras em lugar de se-lo apenas pelo seu valor máximo como se faz habitualmente, as médias encontradas em normoclóridicos diferem significativamente das obtidas para qualquer dos outros grupos.

7 — Não foram encontradas diferenças significativas entre as médias e tempo de esvaziamento gástrico obtidas em normoclóridicos e em qualquer dos outros grupos. Este dado semiológico apresenta, portanto, interesse apenas para consideração individual de cada prova.

8 — A maior frequência de determinados resultados da prova de Katsch-Kalk em casos de úlcera duodenal, de gastrite crônica e de câncer gástrico, foi mais uma vez verificada.

"Conclusões referentes ao valor semiológico da prova do vermelho neutro".

9 — Não é exata a asserção de que a excreção do vermelho neutro se processse, sem exceção, em todos os casos em que o estômago seja capaz de secretar ácido clóridico livre.

10 — Os valores encontrados para as médias de tempo de "início da excreção", tempo de "concentração máxima" e tempo de "duração da excreção" não apresentam diferenças significativas do ponto de vista probabilístico em normoclóridicos e em hiperclóridicos, embora apresentem os sinais que seriam previsíveis segundo a interpretação clássica da prova.

11 — As diferenças entre as médias de "grau de concentração"

obtidas em normoclóridicos, de um lado, e em aclarídico, hipoclorídicos e hiperclóridicos de outro, são significativas do ponto de vista probabilístico, ocorrendo, porém, transvariação nas séries de valores.

12 — A prova do vermelho neutro, portanto, não fornece contribuição para a semiologia gástrica que justifique o seu emprego na prática clínica.

"Conclusões referentes à interpretação fisiopatológica dos resultados da prova de redução da acidez".

13 — Os resultados das dosagens nas diferentes amostras do conteúdo gástrico obtidas durante a prova de redução da acidez são melhor expressos, e devem-se-lo, não pela forma qualitativa que define a tendência dos valores constantes de cada série; adotamos para tal fim — e propomos que se generalize seu emprego — os coeficientes de regressão dos valores obtidos em função do tempo de colheita das amostras.

14 — Os dados por nós obtidos comprovam a previsão em bases teóricas da existência de uma correlação entre a capacidade de redução de acidez e a concentração de bases inorgânicas no conteúdo gástrico, sendo estas concentrações a expressão comum de todos os mecanismos aventados para explicar a regularização da acidez gástrica.

15 — Na maioria dos casos os valores do cloro total nas diferentes amostras obtidas durante a prova de redução da acidez não apresentam variações de monta, o que também se havia previsto teóricamente.

"Conclusões referentes à relação entre as provas de Katsch-Kalk e de redução da acidez".

16 — Há uma correlação positiva entre as concentrações de bases inorgânicas encontradas no decorso das provas de redução da acidez e de Katsch-Kalk de forma que, a valores do coeficiente de regressão que exprime a tendência

de variação das bases inorgânicas, em função do tempo no decurso da prova de redução da acidez, maiores ou menores que a média, correspondem concentrações médias de bases inorgânicas no decurso da prova de Katsch-Kalk, respectivamente maiores e menores que a média.

A concentração de bases inorgânicas é pois, também, a expressão da capacidade funcional dos mecanismos de regulação da acidez no decorrer da prova de Katsch-Kalk.

17 — A concentração do cloro total durante a prova de Katsch-Kalk constitui a expressão genérica da capacidade secretora de ácido clorídrico.

18 — Para a interpretação semiológica dos informes fornecidos pela prova de Katsch-Kalk impõe-se a inclusão das determinações dos valores de cloro total e de bases inorgânicas, além das demais até agora habitualmente realizadas.

19 — A compreensão da existência de duas capacidades funcionais, uma secretora de ácido e outra reguladora de acidez, capazes de apresentar alterações independentes ou conjuntas, em graus variáveis, permite interpretar todas as discordâncias até então assinaladas e não explicadas entre os resultados da prova de redução da acidez em normoclorídricos, hipoclorídricos e aclorídricos; também se pode assim esclarecer a razão da identidade de provas qualitativas de redução da acidez em hiperclorídricos.

20 — A classificação dos resultados da prova de Katsch-Kalk deve ser modificada de maneira que permita se focalizem as condições de cada uma das duas capacidades

funcionais, em função dos valores achados para a acidez total e para as bases inorgânicas.

21 — A prova de redução da acidez deve ser obrigatoriamente realizada sempre que os valores obtidos para as bases inorgânicas na prova Katsch-Kalk indiquem um comprometimento da capacidade de regulação da acidez, para que assim se possa estabelecer uma definição quantitativa exata o grau desse comprometimento.

22 — A determinação dos limites normais da concentração de bases inorgânicas na prova de Katsch-Kalk, baseada em uma casuística suficientemente numerosa, constitui exigência primordial para a interpretação mais minuciosa dos resultados da prova.

23 — É necessário que se proceda ao estudo da evolução ulterior de casos que se classifiquem como normoclorídricos com capacidade de redução diminuída, casos estes que, de acordo com a interpretação agora estabelecida, apresentam realmente um comprometimento de ambas as capacidades funcionais, a secretora de ácido clorídrico e a reguladora da acidez, em graus menos acentuados apenas que os observados nos casos que classificam como hipoclorídricos ou aclorídricos com capacidade redutora diminuída.

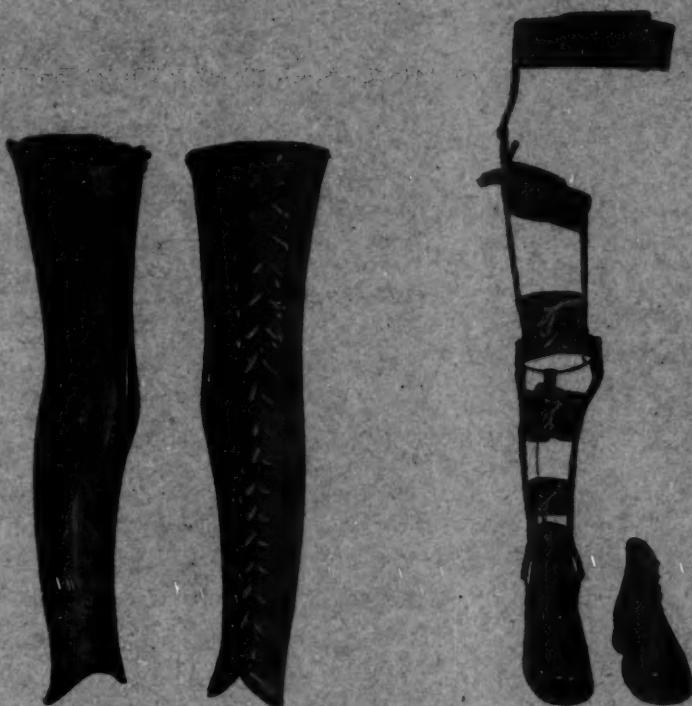
24 — Também se apresenta como fértil terreno de pesquisas o estudo das relações entre os resultados terapêuticos e os diferentes graus de comprometimento da capacidade redutora de acidez expressos quantitativamente pela forma que propomos, em afecções em que tal comprometimento se traduzia até então apenas pela evidência de hipercloridria com capacidade de redutora diminuída".

Folhetos e Separatas Recebidos

Raios X e Tuberculose — Dr. Belo da Mota — Documentário do Departamento Estadual de Saúde, n.º 1. Ceará 1949.

Tumor glómico — Drs. Manuel Riveros e George J. Pack. — Anales de Cirugia, novembro de 1949, vol. 8, n.º 11.

Laboratórios Novotherápica S.A. SEÇÃO ORTOPÉDICA



APARELHOS E CALÇADOS ORTOPÉDICOS APARELHAGEM TRAUMATOLÓGICA E DE FISIOTERAPIA

Oficinas aptas a executar qualquer pedido do ramo.

Máquinas importadas diretamente da Europa.

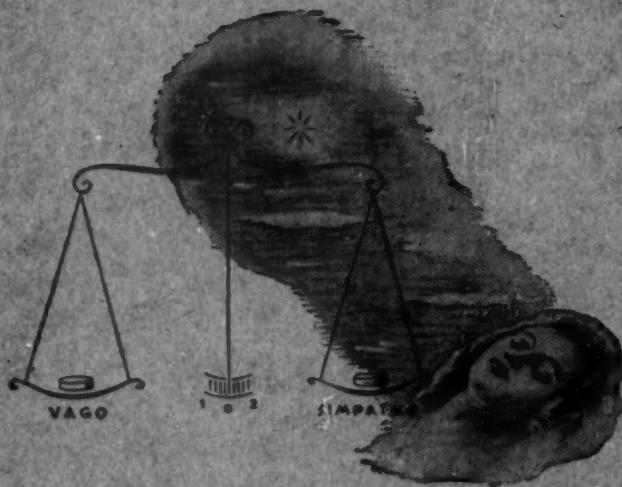
Técnicos especializados nas oficinas do Instituto Ortopédico Rizzoli.

AV. BRIG. LUIZ ANTONIO, 334 - SÃO PAULO - FONE, 3-2633 - Cx. Postal, 334

DISTON-EX



para o



Equilibrio vago-simpatico



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tomás de Aquino, 276 - Telefone, 6-4873 - São Paulo